Rok XLII. Kraków 30 Maja 1903. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

Potrzeba reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych nie schodzi z porządku dziennego rozpraw w towarzystwach położniczych i w piśmiennictwie bezmała wszystkich państw i krajów. I u nas jest ona również aktualna, jakkolwiek dopiero $5^1/_2$ lat minęło od wydania ostatnich przepisów służbowych dla położnych (rozporządzenie c. k. ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 10 września 1897 r.), co dowodzi, że przepisy te nie odpowiedziały w zupełności potrzebie i obecnym zapatrywaniom. Zresztą nie przedsiębrały nasze władze niczego w celu naprawy istniejących stosunków, a przedewszystkiem w celu skutecznego zapobieżenia strasznemu brakowi dyplomowanych położnych po wsiach, tudzież w celu zachęcenia lepszych elementów do oddawania się zawodowi położnych.

Co do reformy przepisów służbowych dla położnych należy podnieść, że jakkolwiek bardzo wiele szczegółów z przepisów służbowych, wydanych w r. 1897, można utrzymać bez wszelkiej zmiany, lub tylko z małemi poprawkami, a chodzi przedewszystkiem tylko o zmianę niektórych, co prawda bardzo ważnych postanowień, wśród których niezawodnie najważniejszem jest zaprowadzenie innego środka przeciwgnilnego w celu wyjałowienia rąk położnych. Wybór odpowiedniego środka przeciwgnilnego sprawiał dotychczas największe trudności, bo starano się znaleźć przetwór, łączący jak najsilniejsze działanie przeciwgnilne z równoczesnem jak najmniejszem niebezpieczeństwem zatrucia. Dotychczas nie udało się znaleźć takiego środka przeciwgnilnego i zdaje się, że zjednoczenie tych dwóch własności w jednym i tym samym przetworze nie będzie nigdy możliwe. Dlatego i nadal nie obejdzie się położna bez dwóch środków przeciwgnilnych. Jeden z nich potrzebny do wyjałowienia rąk położnej, tudzież części rodnych zewnętrznych i ich otoczenia u rodzącej, względnie położnicy, drugi — potrzebny tam, gdzie nie chodzi o tak silne działanie przeciwgnilne, lub gdzie to ostatnie zbyt silnie zastosowane mogłoby być nawet szkodliwe, a więc n. p. w celu oczyszczenia powiek noworodka zaraz po urodzeniu, w celu wykonania ewentualnie potrzebnych i przez lekarza zaleconych przepłókiwań pochwy, także w celu przechowania podczas porodu nożyczek, tasiemek pępowinowych i cewnika.

Wyniki wszystkich doświadczeń klinicznych i bakteryologicznych wykazują, że dotychczas nie znaleziono przetworu przeciwgnilnego, który potrafiłby dorównać skuteczności działania sublimatu. Wszystkie inne środki posiadają tylko w części tak silne działanie przeciwgnilne, a niektóre z nich wywołują w rozczynach bardziej zgęszczonych zadrażnienie skóry i zgrubienie naskórka, nie nadają się zatem w położnictwie, wymagającem w celu łatwego wyjałowienia gładkiej skóry na rękach. Ten ostatni zarzut odnosi się przedewszystkiem do rozczynów kwasu karbolowego, przepisanego rozporządzeniem z dnia 10 września 1897 r. do użytku położnych państwa austryackiego. Już w przepisanym rozczynie 3% wywołaje kwas karbolowy niemiłe znieczulenie skóry i zgrubienie naskórka rąk. Właściwość ta jest jedną z przyczyn, dla których położne tylko rzadko kiedy sporządzają sumiennie 3% rozczyn kwasu karbolowego, a zwykle używają słabszych rozczynów, zawierających czasem już tylko ślad kwasu karbolowego. Dodajmy do tego niepewność działania przeciwgnilnego 3% rozczynu kwasu karbolowego, ewentualne niebezpieczeństwo wystąpienia objawów zatrucia, a wówczas musimy się dziwić, że przy takim braku zalet, a nadmiarze ujemnych stron, zdecydowano się u nas utrzymać kwas karbolowy, jako obowiązkowy środek przeciwgnilny dla użytku położnych. Zdziwienie musi być tem większe, że posiadamy w sublimacie tak znakomity środek przeciwgnilny, wywołujący tylko nieznaczne zadrażnienie skóry, a skuteczny już w rozczynie 1‰, co ma tę zaletę, że położna może być zaopatrzona w znaczny zapas sublimatu, wystarczający do sporządzenia wielkiej ilości płynu przeciwgnilnego, nie mówiąc i o tem, że sublimat jest równocześnie najtańszym środkiem przeciwgnilnym. Rozumie się samo przez się, że tylko w celu wyjałowienia rąk i części rodnych zewnętrznych zalecam używanie sublimatu w praktyce położnych; zarzut zaś niebezpieczeństwa, połączonego z używaniem sublimatu, upada, odkąd zaczęto wyrabiać papierki napojone sublimatem, przy których możność pomylki w przeciwstawianiu do pastylek sublimatowych jest wykluczona. Dzisiaj zatem nie widzę już ani jednego powodu, przemawiającego przeciw sublimatowi i z tem większem przeświadczeniem i uprawnieniem wracam do żądania zaprowadzenia sublimatu w praktyce położnych, gdyż już przed 14 laty (*Centralblatt f. Gynaekologie*, 1887, Nr. 34) i powtórnie na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w roku 1900 w Krakowie za tem przemawiałem.

Jako środek przeciwgnilny, nadający się najlepiej do reszty potrzeb w praktyce położnych, zasługuje na uwzględnienie 3% rozczyn kwasu borowego. Obok dość silnego działania przeciwgnilnego, wolny on jest od wszelkiego niebezpieczeństwa zatrucia i tworzy płyn przeźroczysty w przeciwwstawieniu do mętnych rozczynów lysolu, lysoformu, kreoliny i kresolu, które w dodatku podobnie jak rozczyny kwasu karbolowego wywołują nieraz dolegliwe pieczenie.

Nieodzownym warunkiem umożliwienia sumiennego wykonawstwa przepisów postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego jest bezpłatne dostarczanie położnym wszystkich środków i przyborów do tego potrzebnych, jak: sublimat, kwas borowy, wyjałowiona wata, wyjałowiona waselina i szczotki do rąk. Środki te i przybory powinny być dostarczane położnym bezpłatnie w dostatecznym zapasie na receptę urzędowego lekarza, gdyż słuszność wymaga, ażeby państwo ponosiło ciężary, wynikające z wykonania przepisów postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego, a niesprawiedliwością jest i udaremnieniem wykonania tych przepisów zwalać koszt na położne, które tylko rzadko mają do czynienia z takiemi pacyentkami, które mogą ponosić w całości koszt postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego.

Nie mniej ważnem i pożądanem wydaje mi się zaprowadzenie obowiązkowego zapobiegawczego zakraplania oczu noworodków. Pod tym względem zgadzam się najzupełniej ze stanowiskiem, zajętem przez A. Rosnera *(Przegląd lekarski,* 1903, Nr. 1) i żądam razem z nim zaprowadzenia obowiązkowego zakraplania oczu noworodków, a tylko co do wyboru środka, przeznaczonego do zakraplania, wolałbym pozostać przy rozczynie octanu lub azotanu srebrowego, gdyż wobec tyloletniego powszechnego zastosowania tych soli srebrowych prawie we wszystkich zakładach położniczych nie ulega wątpliwości ich niezawodna skuteczność i pewność działania, podczas gdy 10% rozczyn protargolu, zalecony przez Engelmanna, Piotrowskiego i Rosnera, jakkolwiek zdaje się nie ustępować w działaniu rozczynom powyższym, zbyt krótko jednak jest jeszcze w użyciu, ażeby dawał tę samą rękojmię. Objawom zadrażnienia spojówek, jakie tu i owdzie występują po zakropleniu rozczynu octanu lub azotanu srebrowego, możemy łatwo zapobiedz, jeżeli za radą Zweifla zaraz po zakropleniu przemyjemy oczy słabym rozczynem soli kuchennej, strącając w ten sposób ewentualny nadmiar srebra, jako niedrażniący chlorek srebrowy. Nie bez słuszności zaś oddaje Zweifel *(Centralblatt für Gynaekologie,* 1900, Nr. 51) pierwszeństwo octanowi srebrowemu przed azotanem srebrowym, gdyż pierwszy rozpuszcza się tylko co najwięcej w ilości 1·02:100 wody, a rozczyn pozostaje zawsze niezmieniony, bo w miarę ewentualnego wyparowania wody opada na dno nadmiar octanu srebrowego.

Co do techniki mechanicznego mycia rąk podnoszę niemożliwość dokładnego oczyszczenia rąk i przedramion w przeciągu 3 minut, jak to ostatnie przepisy służbowe z r. 1897 przypuszczają. Jeżeli wierzchnia warstwa naskórka ma uledz w istocie pożądanemu zmacerowaniu i złuszczeniu, to na to potrzeba co najmniej 10 minut czasu.

Niedostatecznem wydaje mi się także zanurzenie rąk tylko na 3 minuty w płynie przeciwgnilnym I tutaj lepiej także więcej wymagać i oznaczyć *minimum* potrzebnego działania środka przeciwgnilnego na ręce na 5 minut.

Nie mogę się dalej zgodzić na zaniechanie używania waseliny do badania wewnętrznego, bo u niektórych ciężarnych i rodzących, zwłaszcza pierwiastek o suchej i chropawej pochwie, badanie wewnętrzne bez waseliny bywa nieraz utrudnione i bolesne, a nawet może sprowadzić obrażenie nabłonka. Dla palca badającego zaś jest waselina bardzo pożądaną ochroną miejsc o zdartym naskórku przed niebezpieczeństwem zakażenia kiłowego. Tymczasem w obowiązujących przepisach służbowych dla położnych znajdujemy na str. 23 zupełnie niewłaściwe postanowienia, które dozwalają położnym pomazywanie palca dla własnego bezpieczeństwa dopiero wtedy, „jeżeli miejsca dotyku na skórze palca są czułe, lub jeżeli obawiać się trzeba zarażenia przez bezpośrednie zetknięcie się palca położnej z częścią ciała rodzącej, dotkniętą zaraźliwą chorobą“. Jak gdyby każdy ubytek naskórka na palcu musiał się zdradzać bolesnością, lub położna mogła zawsze wiedzieć, kiedy rodząca jest dotknięta kiłą.

Zwrócić się także należy przeciw niepotrzebnemu, a nawet szkodliwemu przepisowi wypróżniania kiszki stolcowej noworodków zaraz po porodzie, gdyż pozbawienie płodu smołki, zawierającej jeszcze pewne odżywcze substancye, ulegające w kiszce stolcowej wessaniu, przyspiesza potrzebę rozpoczęcia wcześniejszego odżywiania płodu. Wzgląd ten nie jest bynajmniej obojętny wobec tego, że wytwarzanie się mleka w piersiach położnicy nieraz się opaźnia.

Tak samo pożądanem byłoby nareszcie zabronić położnym kąpieli noworodków aż do dnia odpadnięcia pępowiny. Ostrożność ta jest wskazana ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia pępka za pośrednictwem nieczystej wody i wanny. I w istocie niebezpieczeństwo to jest większe i częstsze, niżby się zdawało, gdyż nie zawsze można mieć wodę niepodejrzanej czystości, a tylko czasem możemy ufać czystości wanienki, jeżeli ta nie służy równocześnie do prania brudnej bielizny, jako zlew brudnej wody lub skład różnych rupieci. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu

W sprawie rozpoznawania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych.

Podali

Aleksander Fawicki i Witold Orłowski,

docenci chorób wewnętrznych.

(Dokonczenie).

VI.

Dla udowodnienia wyżej wypowiedzianych poglądów i twierdzeń przytaczamy 6 spostrzeżeń, zaczerpniętych z ogromnego materyału, który zebraliśmy w klinice lekarskiej w ciągu lat 12. Przytoczone historye chorób wybraliśmy z szeregu spostrzeżeń, dokonanych w latach 1892 i 1893, a to w celu stwierdzenia, że już oddawna posługujemy się. opisanemi metodami rozpoznawczemi z zupełnem przeświadczeniem o ich użyteczności. Historye chorób przytaczamy w rozmiarach możliwie skróconych: stan innych narządów, oprócz dróg moczowych, podajemy tylko w razie istnienia jakichkolwiek zmian chorobowych.

Spostrzeżenie I. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis sin. Bronchitis. Nephroptosis duplex.* W—n, lat 40, zamężna, wstąpiła do kliniki 30 stycznia 1892 r., uskarżając się na gorączkę, silne bóle w boku lewym, kaszel i ogólne osłabienie. Choroba trwa od trzech dni; najpierw wystąpiły dreszcze, które trwały kilka godzin, potem gorączka i poty; ból w lewym boku, który chora odczuwała już oddawna, wzmógł się w znacznym stopniu; do tego dołączył się kaszel. Odżywienie podupadłe, powłoki zewnętrzne i błony śluzowe blade, dolny brzeg lewego

płuca podczas głębokich oddechów mało ruchomy; oddech szorstkawy, w płucach skąpa ilość suchych, oraz wilgotnych rzężeń; nerka prawa ruchoma; obmacywanie lewego podżebrza wywołuje znaczny ból, zwłaszcza w siedzibie nerki; nerka lewa wyczuwalna, jako ciało bolesne, nieco powiększone w porównaniu z prawą; ból rozpromienia się ku okolicy lędźwiowej; opukiwanie i wstrząsanie lewej okolicy nerkowej jest nadzwyczaj bolesnem. C. 39,4°. Ponieważ nerka lewa objętością przewyższa prawą, a badanie lewej okolicy nerkowej wywołuje silny ból, rozpoznano nieżytowe zapalenie lewej miedniczki nerkowej z jej rozszerzeniem; ograniczenie ruchomości dolnego płatu płuca lewego tłómaczyliśmy, jako zjawisko odruchowe, wywołane bolesnością okolicy nerkowej. Chora przebyła w klinice trzy tygodnie. Najwyższą ciepłotę stwierdzono dnia pierwszego; w dniach następnych obniżała się ona stopniowo, a po tygodniu pobytu chorej w klinice stała się prawidłową. Ilość moczu podczas okresu gorączkowego wahała się koło 1000·0; ciężar właściwy 1,010—1,012; oddziaływanie jego bardzo kwaśne; mocz zawierał śluz i nieznaczną domieszkę nabłonków i komórek ropnych; analiza stwierdziła w nim ślady białka. Gdy gorączka ustąpiła, stan ogólny chorej poprawił się i bóle w lewem podżebrzu znacznie zmniejszyły się, lecz z łatwością dawały się wywołać przy opukiwaniu okolicy nerkowej; objętość lewej nerki zmniejszyła się także. Ilość moczu na dobę podniosła się (1500 sz. ctm. przeciętnie) i w dwóch ostatnich dniach dochodziła do 2000 ctm. sz.; białko znikło; w osadzie znajdował się śluz i pojedyncze ciałka ropne. W tym więc przypadku za nieżytem miedniczki nerkowej przemawiały: 1) bóle w okolicy nerki lewej, które występowały przy opukiwaniu, oraz w okresie, gdy zaostrzenie sprawy chorobowej ustąpiło; 2) stan ciepłoty, zwłaszcza jednoczesne ustanie bólu z obniżeniem ciepłoty do normy; 3) wahania ilości moczu; 4) zmniejszenie objętości nerki lewej po napadzie.

Spostrzeżenie II. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis dextra.* B—n, żołnierz, lat 25 liczący, wstąpił do kliniki 4 lutego 1892 roku, skarżąc się na ogólne osłabienie i niedomaganie, bóle w prawem podżebrzu i w lędźwiach; ból od czasu do czasu wzmaga się znacznie, występując z charakterem kolki. Choroba trwa od dwóch tygodni; przed trzema laty cierpiał na rzeżączkę. Badanie wykazuje nieznaczne przytłumienie odgłosu wypukowego pod łopatką prawą; obmacywanie podżebrza prawego w okolicy nerki bardzo bolesne; ból rozpromienia się wzdłuż moczowodu w kierunku do moszny; obmacywanie podżebrza lewego nie sprawia bólu; wstrząsanie i opukiwanie prawej okolicy nerkowej nadzwyczaj bolesne. Na podstawie tych poszlak rozpoznano nieżyt prawej miedniczki nerkowej. Dalsza obserwacya rozpoznanie to potwierdziła. Chory przeleżał w klinice 6 tygodni. Bóle w prawej okolicy nerkowej zaostrzały się kilka razy do stopnia typowej kolki; dobowa ilość moczu ulegała znacznym wahaniom; najwyższa liczba wynosiła 2500, najniższa 800 ctm. sz.; zmniejszenie ilości moczu występowało podczas zaostrzenia bólów w prawej okolicy nerkowej; gdy zaś napad przemijał, ilość moczu znacznie podnosiła się; n. p. 15 lutego ilość moczu podniosła się z 1700 do 2500 ctm. sz.; 24 lutego z 1300 do 2400. Odpowiednio wahaniom ilości moczu zachowywał się i ciężar właściwy (1,010—1,024); mocz był bądź przeźroczysty, bądź też mętny, zależnie od przymieszki śluzu; zależności między zmętnieniem moczu i natężeniem sprawy nieżytowej w miedniczce nerkowej wykryć się nie udało, komórki ropy występowały w moczu tylko zrzadka; białka i wałeczków nie stwierdzono przez cały czas; odczyn moczu był kwaśny. Oddawanie moczu początkowo częstsze, następnie stało się prawidłowem. Ciepłota w pierwszych dniach choroby była nieco podniesiona, nie wyżej nad 37,7°; w dalszym zaś przebiegu nawet podczas silnego wzmożenia bolów w okolicy nerkowej ciepłota była prawidłową. W marcu nastąpiło znaczne polepszenie, wskutek czego chory dnia 18 marca wystąpił z kliniki.

Spostrzeżenie III. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis dextra. Enteritis.* C—w, felczer, lat 21; wstąpił do kliniki 10 lutego 1892 r. Przed 4 dniami nagle bez widocznej przyczyny wystąpiła biegunka, wzdęcie i silne bole brzucha, nudności, dwukrotne wymioty i tępy ból w prawej okolicy lędźwiowej; jednocześnie podniosła się ciepłota. W ciągu trzech ostatnich lat pacyent cierpiał na zaparcie żywota naprzemian z biegunką, występującą od czasu do czasu. Przed trzema laty nabawił się rzeżączki, która przeszła w stan przewlekły i czasem zaostrzała się. Podczas tych zaostrzeń występował nieraz ból w okolicy lędźwiowej. Pieczenia w cewce moczowej chory nie doświadcza. Badanie wykazało następujące zmiany: w dolnej części prawej okolicy pachowej, również pod łopatką prawą odgłos wypukowy przytłumiony, oddech osłabiony, ruchomość dolnego brzegu prawego płuca ograniczona. Brzuch wzdęty, podczas obmacywania mało bolesny, z wyjątkiem okolicy żołądka, zwłaszcza podżebrza prawego, w którem ucisk wywołuje silny ból; wstrząsanie i opukiwanie prawej okolicy nerkowej jest w wysokim stopniu bolesne; uciskanie nad spojeniem kości łonowych nie wywołuje bolu. Ciepłota 38,8° C.

Na podstawie wskazówek, otrzymanych przy obmacywaniu i opukiwaniu prawej okolicy nerkowej, oraz wywiadów, wskazujących na bole w okolicy lędźwiowej podczas zaostrzeń rzeżączki przewlekłej, rozpoznano nieżyt prawej miedniczki nerkowej; nieprawidłowości ze strony płuca prawego tłómaczyliśmy, jako zjawiska odruchowe, występujące wskutek bolu. Oprócz tego mieliśmy do czynienia z niewątpliwem zaostrzeniem przewlekłego nieżytu przewodu pokarmowego, którego objawy prawie wyłącznie niepokoiły chorego. Dalsza obserwacya stwierdziła rozpoznanie. Chory przeleżał w klinice 42 dni. Objawy żołądkowo-jelitowe złagodniały po dwóch tygodniach pobytu w klinice, bolesność zaś w prawej okolicy nerkowej utrzymywała się przez cały czas i zmniejszyła się dopiero przed wystąpieniem chorego z kliniki. Ciepłota wieczorna była prawie ciągle podniesiona i dochodziła w pierwszym tygodniu do 39°, następnie obniżyła się do 38°, wreszcie w ostatnich 10 dniach była niżej 37,5° C; zrana była prawidłową, a nieraz zaś niżej normy; z nasileniem gorączki pogarszał się stan ogólny. Ilość moczu w pierwszych 12 dniach wahała się mniejwięcej około 1500 ctm. sz., następnie podniosła się do 2000—3000 ctm. sz.; ciężar właściwy początkowo wynosił 1,011—1,013, następnie 1,015—1,019; oddziaływanie moczu było kwaśne; mocz bywał często mętny z powodu zwiększonej ilości śluzu; od czasu do czasu zjawiały się w nim w nieznacznej ilości komórki ropne; białko występowało w bardzo niewielkiej ilości; wałeczków nie stwierdzono. Oddawanie moczu było częstsze przez cały czas choroby. Po upływie roku chory ponownie wstąpił do kliniki, uskarżając się na ból w lędźwiach, zwłaszcza w prawej połowie, ogólne niedomaganie i dreszcze; jednocześnie wystąpiło zaostrzenie przewlekłej rzeżączki; badanie wykazało nieżyt prawej miedniczki nerkowej.

Spostrzeżenie IV. Rozpoznanie: *Pyelitis calculosa sinistra* L—ij, żołnierz, lat 22; wstąpił do kliniki 28 września 1892 r., użalając się na silną gorączkę, ból i zawroty głowy, ogólne osłabienie i nadzwyczaj silne bole w lewym boku. Choroba rozpoczęła się 26/IX po ciężkiej pracy; chory uczuł nagle bardzo dotkliwy ból w boku lewym, który następnej nocy jeszcze się wzmógł; wystąpiły dreszcze, gorączka, bredzenie; chory podczas bredzenia spadł z łóżka, co wzmogło jeszcze bole. W tym stanie przywieziono go do kliniki. Przed 2 laty spadł z konia na kamień, przyczem stłukł sobie silnie bok lewy i stracił przytomność; ból zatrzymał go w łóżku prawie dwa miesiące; wkrótce po urazie zauważył krew w moczu. Po dwóch miesiącach nastąpiła poprawa, zawsze jednak podczas konnej jazdy uczuwał ból w lewym boku. Badanie wykazało: osłabienie drżenia głosowego w lewej okolicy pachowej i pod łopatką; odgłos wypukowy w tej okolicy przytłumiony, oddech nieco osłabiony; opukiwanie okolicy przytłumienia wywołuje silny ból. Najlżejsze obmacywanie lewego podżebrza jest bardzo bolesne; ból rozchodzi się wzdłuż lewego moczowodu, zdąża ku lewemu udu i lewemu jądru, ku tyłowi zaś do lewej okolicy nerkowej. Opukiwanie lewej okolicy nerkowej sprawia nadzwyczaj silny ból, który ku przodowi rozpromienia się w podżebrze. Obmacywanie prawego podżebrza niebolesne; opukiwanie prawej okolicy nerkowej wywołuje ból, lecz znacznie słabszy, niż po stronie lewej. Ogólny stan przygnębiony, chory leży wciąż na brzuchu, gdyż w tem położeniu bole łagodnieją. Ciepłota 40° C.

Na podstawie wywiadów, oraz nadzwyczaj silnych bolów w lewej okolicy nerkowej o cechach typowej kolki nerkowej, rozpoznano nieżyt lewej miedniczki. Chory przeleżał w klinice 11 tygodni. Przebieg choroby był następujący: ciepłota do 3 października wahała się między 39° a 40,5° C; następnie zaczęła szybko opadać i 4—X zrana wynosiła 37,5° C.; w dalszym zaś ciągu była prawidłową i tylko 30—XI podniosła się do 38,8° C., nazajutrz jednak była znów prawidłową. Bole w podżebrzu lewem i lewej okolicy nerkowej z obniżeniem ciepłoty złagodniały i 10—X chory w leżącem położeniu nie odczuwał bolów; bolesność występowała wyraźnie tylko podczas chodzenia, zwłaszcza zaś przy wstrząsaniu i opukiwaniu lewej okolicy nerkowej; 14—X ciepłota podniosła się wieczorem do 37,8°, jednocześnie wzmogły się bole. W dalszym ciągu bole mało niepokoiły chorego, jakkolwiek od czasu do czasu zaostrzały się; 30/XI ciepłota podczas nasile-

nia bolów podniosła się do 38,8° C. Przez cały czas pobytu chorego w klinice można było wywołać bole przez opukiwanie okolicy nerki lewej.

Interesującą jest ta okoliczność, że od 21 października, gdy bole w lewej okolicy nerkowej złagodniały tak, że silne opukiwanie wywołać zdołało zaledwo nieznaczne uczucie bolesne, występowała z dnia na dzień coraz nadczułość skóry wyraźniej w tych okolicach, gdzie przedtem była siedziba bolesności; nadczułość ta trwała 5—6 dni, a potem znikła. Tosamo zjawisko towarzyszyło i ostatniemu napadowi (30 listopada), jakkolwiek tym razem wystąpiło w słabym stopniu.

Dobowa ilość moczu wahała się w pierwszych dniach podczas gorączki mniejwięcej około 500 ctm. sz.; z opadnięciem wysokiej ciepłoty zwiększyła się ona do 1000, a następnie znów obniżyła się do 500 ctm. sz. Począwszy od 10 października mała ilość moczu zaczęła się podnosić; 13-go wynosiła przeszło 2500 ctm. sz.; zwiększeniu temu towarzyszyło zmniejszenie bolów w boku lewym. Od 14/X ilość moczu znowu zaczęła się obniżać (drugi napad) i 18/X wynosiła 500 ctm. sz.; następnie zaczęła stopniowo podnosić się i 6 listopada, gdy bole znacznie złagodniały, wynosiła 2400 ctm. sz. W dalszym ciągu ilość moczu na dobę była prawie prawidłową, od czasu do czasu zwiększała się, właśnie wtenczas, gdy słabły bole w podżebrzu lewem i lewej okolicy nerkowej. Oddziaływanie moczu było zawsze kwaśne; ciężar właściwy wahał się między 1,024—1,000, zależnie od wahań dobowej ilości moczu; białko (ślady) stwierdzono tylko w pierwszych 6 dniach. Początkowo mocz był wysycony i mętny; w osadzie znajdowały się kryształy kwasu moczowego, sole moczanowe i pojedyncze komórki nabłonkowe; gdy dobowa ilość moczu podnosiła się, mocz stawał się przeźroczystym i zawierał w mniejszej ilości tesame części składowe. Śluz wydzielał się kilkakrotnie w zwiększonej ilości, niezależnie od dobowej ilości moczu. Komórek ropnych nie wykryto w moczu ani razu; podczas badania 20 października znaleziono w moczu niewielką ilość krwinek czerwonych. Oddawanie moczu podczas zaostrzenia bolów w lewej okolicy nerkowej było częstsze, a po ukończeniu napadu — prawidłowe; podczas napadu moczenie stawało się niekiedy bolesne. Uciskanie na pęcherz moczowy nad spojeniem łonowem i na gruczoł krokowy przez odbytnicę zawsze było niebolesne.

Ze strony przewodu pokarmowego następowała częsta zmiana zaparcia stolca na biegunkę i odwrotnie; biegunka zwykle występowała podczas zaostrzenia bolów w lewem podżebrzu i w okolicy nerki lewej.

Chory uczuł w końcu znaczną ulgę i wystąpił z kliniki. Obserwacya więc kliniczna przekonała się o słuszności naszego rozpoznania. Na nieżyt miedniczki nerki lewej wskazywały napady typowej kolki nerkowej, które występowały od czasu do czasu, oraz towarzyszące im objawy (obfite moczenie i t. d.).

S p o s t r z e ż e n i e V. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis dextra.* P—w, szeregowiec, lat 23, wstąpił do kliniki 3 października 1892 roku, użalając się na gorączkę, ból głowy, ogólne osłabienie, bole w całym brzuchu, nudności i wymioty; choroba trwa od 4 dni; rzeżączki nie przebywał.

Badanie wykazało: język obłożony, brzuch wzdęty, bolesny, zwłaszcza w prawej okolicy biodrowej, gdzie wyczuwa się przelewanie treści jelitowej; obmacywanie prawego i lewego podżebrza — bolesne; wątroba i śledziona nieco powiększone. Przy opukiwaniu okolicy nerek z tyłu występuje silna bolesność. Stolec zatrzymany. W moczu ślad białka. Ogólny stan przygnębiony, ciepłota 38,9°; różyczki na skórze niema (nie było jej również i w dalszym przebiegu choroby).

Pierwsze wrażenie, jakie sprawiał chory, było to, że mieliśmy przed sobą chorobę zakaźną, przypominającą dur brzuszny. Nieżytu miedniczek nerkowych nie przypuszczano wobec braku ścisłego umiejscowienia bolu w okolicy nerek.

Chory przeleżał w klinice 4 miesiące. Przebieg choroby był pouczający pod wielu względami i wykazał, że chory ten niewątpliwie cierpiał na nieżyt miedniczki nerkowej, a więc i tu bolesność miała znaczenie rozpoznawcze. Gorączka trwała od 9 do 18 października, ulegając nasileniom do 39° C. z wahaniami, dochodzącemi do 1°, począwszy zaś od 19-go ciepłota zaczęła opadać i 25-go stała się prawidłową. Z opadnięciem ciepłoty do normy zmniejszyła się wątroba, śledziona zaś prawie nie uległa zmianie; stan ogólny przedstawiał znaczną poprawę, bole w brzuchu zmniejszyły się; ból przy obmacywaniu ześrodkował się przeważnie w prawej okolicy biodrowej, ztąd rozpromieniał się w górę ku podżebrzu prawemu, oraz ku miejscu siedziby nerki, gdzie był najsilniejszy; wstrząsanie prawej okolicy nerkowej i opukiwanie jej z tyłu było bardzo bolesne. Chory odczuwał ból i po stronie lewej, lecz znacznie słabszy. Ilość moczu podczas gorączki wynosiła 700—800 ctm. sz.; mocz był wysycony, niekiedy mętny od domieszki śluzu, o ciężarze właściwym 1,020—1,018; oddziaływanie moczu było kwaśne; badanie drobnowidowe wykazywało śluz, kryształki kwasu moczowego, nabłonek płaski i ropne komórki w bardzo niewielkiej liczbie. Po ustąpieniu gorączki ilość moczu podniosła się do 1300—1400 ctm. sz., a męt ustąpił; badanie drobnowidowe nie wykazywało ciałek ropy.

Wyniki tego badania naprowadziły nas na myśl, że mieliśmy do czynienia z nieżytem miedniczki nerki prawej. Dalszy przebieg choroby potwierdził to rozpoznanie. Ból w prawej okolicy nerkowej stopniowo się zmniejszał; 10—11 listopada ból można było wykazać tylko silnem opukiwaniem; 16 listopada znowu wystąpiło ogólne niedomaganie, ciepłota podniosła się do 38° i na tej wysokości utrzymywała się przez 2 dni, następnie opadła; począwszy od 21 do 27—XI ciepłota znowu poczęła się nasilać, dochodząc wieczorem do 40,6° C., zrana zaś była prawidłową; przez ten czas ogólny stan chorego znacznie pogorszył się, bole w brzuchu, podżebrzu prawem i lewem, oraz w lędźwiach bardzo się wzmogły; obmacywanie podżebrzy i opukiwanie okolicy nerek, zwłaszcza po stronie prawej było nadzwyczaj bolesne; uciskanie wzdłuż moczowodu prawego sprawiało silny ból, który rozpromieniał się do uda prawego; zaparcia żywota przechodziły w biegunkę (2—3 płynne stolce codzień); ilość moczu spadła do 600—300 ctm. sz., mocz był mętny, zawierał dużo śluzu, nieznaczną liczbę komórek ropnych i ślad białka; po opadnięciu gorączki do normy ilość moczu podniosła się do 1400—1500 ctm. sz.; po upływie dwóch dni mętny mocz stał się przeźroczystym, nie zawierał już białka i komórek ropnych. W czasie gorączki moczenie stawało się nieco częstszem (6 do 7 razy na dobę), po ustąpieniu zaś gorączki prawidłowem (3—4 razy).

Tygodniowy ten okres gorączki miał ogromne znaczenie rozpoznawcze: pojawienie się w moczu ropy, cechujące właściwości napadu bolowego (»kolka nerkowa«) i ciepłota, która wskazywała na sprawę ropno-nieżytową, przemawiały za zaostrzeniem nieżytu miedniczki nerkowej.

Od dnia 30 listopada do 22 grudnia ciepłota była prawidłową i chory czuł się dobrze; tylko obmacywanie prawego podżebrza i opukiwanie prawej okolicy nerkowej z tyłu sprawiało mierny ból; mocz nie wykazywał żadnych nieprawidłowości.

Od 22 do 28 grudnia trwało nowe zaostrzenie z podniesieniem ciepłoty, jakkolwiek mniej znacznem, niż poprzednio; napad trwał 7 dni i przebiegał, jak i poprzedni, z zmniejszeniem się ilości moczu, wystąpieniem w nim komórek ropnych itd. Po 7 dniach gorączka ustąpiła, mocz nabrał cechy prawidłowej, bole złagodniały. W dalszym przebiegu można było zaznaczyć 2 zjawiska: 1) 15 stycznia bole w okolicy nerkowej znacznie się wzmogły, jakkolwiek ciepłota została prawidłową, a 16-go stwierdzono w moczu obfitą ilość ropy, która nazajutrz znikła; 2) 30 stycznia ciepłota podniosła się do 38,4°, bole w okolicy nerkowej się wzmogły; 31 stycznia znowu pokazała się w moczu ropa, coprawda w nieznacznej ilości, a nazajutrz już jej nie można było wykazać; 4 lutego chory opuścił klinikę.

S p o s t r z e ż e n i e VI. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis dextra. Enteritis chr.* Sz—n, szeregowiec, lat 22, wstąpił do kliniki 10 marca 1893 r., uskarżając się na upośledzenie łaknienia, odbijanie, wzdęcie brzucha, bole w okolicy żołądka, oraz w okolicy lędźwiowej i ogólne osłabienie. Od kilku lat cierpi na zaparcie stolca, występujące naprzemian z biegunką, podczas której bole w brzuchu wzmagają się; ilość moczu podczas zaostrzenia bolów zwykle obniża się, mocz staje się mętnym, a moczenie częstszem; po ustąpieniu zaostrzenia wydzielanie moczu znacznie się zwiększa i mocz staje się przeźroczysty. Rzeżączki chory nie przebywał.

Badanie wykazało następujące nieprawidłowości: brzuch nieco wzdęty i bolesny na całej przestrzeni, zwłaszcza w okolicy żołądka, okrężnicy wstępującej i zstępującej, prawego podżebrza, mniej lewego. Okrężnica wstępująca i zagięcie esowate są nacieczone. Podczas obmacywania podżebrza prawego w kierunku ku nerce prawej ból najsilniejszy, jakkolwiek nie przedstawia się ściśle umiejscowionym; lekkie opukiwanie okolicy nerek sprowadza nieznaczny ból, mocniejsze opukiwanie po stronie prawej jest boleśniejsze, ciepłota prawidłowa.

Wywiady i badania wykazywały przewlekły nieżyt przewodu pokarmowego. Bole w podżebrzach mogły również powstawać wskutek rozdymania jelit; ta jednak okoliczność, że w podżebrzu prawem ból był silniejszy, niż w lewem i że w okolicy nerki prawej ból był najwy-

raźniejszy, co zwłaszcza występowało podczas mocniejszego opukiwania, wszystko to zmuszało do podejrzywania i nieżytu prawej miedniczki nerkowej. Dalszy przebieg choroby przekonał o słuszności tego rozpoznania. Chory przeleżał w klinice prawie 5 miesięcy. Gdy biegunka na 13 dzień pobytu w klinice ustąpiła, można było z łatwością wykazać, że bólześrodkowywał się właśnie w okolicy nerki prawej; nerka lewa prawie nie zdradzała bolesności. Dnia 23 marca ilość moczu podniosła się do 1700 ctm. sz. o ciężarze właściwym 1%; oddziaływanie moczu było kwaśne, mocz był mętny od domieszki śluzu; białka i komórek ropy nie stwierdzono. Następnie ilość moczu spadła do 1000 ctm. sz. i na tym stopniu pozostawała do 1 kwietnia; przez ten czas mocz często bywał bardzo mętny od przymieszki śluzu; opukiwanie prawej okolicy nerkowej świadczyło niezbicie, że właśnie jej ból dotyczył; ogólny stan był zadowalniający, ciepłota prawidłowa, czynność jelit nie naruszona.

Od dnia 1 kwietnia nastąpiło nagłe pogorszenie stanu chorego: wśród ogólnego osłabienia i bólów w brzuchu wystąpiły w prawej okolicy nerkowej nadzwyczaj silne bóle, mocz wydzielał się w zmniejszonej ilości i bardzo mętny; oprócz obfitej zawartości śluzu, zawierał on nieznaczną ilość komórek ropnych. D. 6 kwietnia bóle złagodniały, ilość moczu podniosła się z 900 ctm. sz. (dobowej ilości z dnia poprzedniego) odrazu do 5600 ctm. sz.; ta zwiększona ilość moczu, obniżając się stopniowo, utrzymywała się aż do 13 kwietnia; d. 13 wynosiła 2,100 ctm. sz.; w następnym tygodniu ilość moczu wahała się około 1800 ctm. sz.; od 21/IV zaczęła ona obniżać i 24 kwietnia wynosiła już tylko 500 ctm. sz. Podobne znaczne obniżenie ilości moczu tłómaczyło się jednoczesną biegunką; gdy po 2 dniach biegunka ustąpiła, ilość moczu podniosła się znowu do normy.

D. 4 maja wystąpiła gorączka o torze nieprawidłowym (37,6 do 38,6), która następnie trwała prawie przez cały czas pobytu chorego w klinice. Przebieg choroby od tego czasu był jednostajny; bóle w brzuchu i okolicy nerkowej po stronie prawej już to się wzmagały, już to słabły i pod koniec pobytu w klinice znacznie złagodniały; ilość moczu była przeważnie obniżona (1000—1100 ctm. sz.); mocz był mętny, czasami zaś przeźroczysty, oddziaływanie jego kwaśne, ciężar właściwy wahał się około 1,014; komórek ropnych nie stwierdzono, tylko 9 czerwca w następstwie silnego zaostrzenia bólów w okolicy nerek pokazały się w moczu ciałka ropne w znacznej liczbie.

Widzimy więc, że potwierdziło się pierwotne nasze przypuszczenie, iż mieliśmy do czynienia z nieżytem prawej miedniczki nerkowej. Za tem rozpoznaniem przemawiały 1) bóle podczas opukiwania prawej okolicy nerkowej przez cały czas pobytu chorego w klinice; 2) czasowe znaczne wzmożenie ilości moczu (*polyuria*); 3) śluz w moczu, którego ilość okresowo znacznie podnosiła się i 4) obfita ilość ciałek ropnych w moczu po jednym z napadów zaostrzenia (9 czerwca). Ból w lewej okolicy nerkowej powstawał najprawdopodobniej na drodze odruchowej.

Piśmiennictwo. 1) Israël: Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren. (Berl. kl. Wochenschrift 1889, Nr. 7; również Deutsche medic. Wochenschrift 1887, Nr. 20 i 1893, Nr. 22; Archiv für klinische Chirurgie 1894, Bd. 47 (Erfahrungen über Nierenchirurgie) i Bd. 61 (Operationen bei Nieren- und Uretersteinen); Berl. klin. Wochenschrift 1899, Nr. 2 (Was leistet der Ureterenkatheterismus in der Nierenchirurgie); patrz wreszcie monografię: Chirurgische Klinik der Nierenkrakheiten, Berlin 1901. — 2) Guyon: Kliniczeskija lekcii o boleznijach moczewych putiej. Przekład rosyjski, 1899. — 3) Senator: Die Erkrankungen der Nieren. Nothnagel's Specielle Pathol. u. Therap. Bd. 19 cz. 1, rozdział 2 — 4) Récamier: Etude sur les rapports du rein et son exploration chirurgicale. Thèse de Paris 1889. — 5) Leo: Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane. Berlin 1895 — 6) Ultzmann: Die Krankheiten der Harnblase. Pyelitis und Pyelonephritis 1890. — 7) Fürbringer: Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 1890. — 8) Rosenstein: Die Pathologie und Therapie der Nierenkranheiten 1886. — 9) Labadie-Lagrave: Urologie clinique et maladies des reins 1888. — 10) Fischl: Ein Beitrag zur Aetiologie und Diagnose der Pyelitis. Zeitschrift für Heilkunde 1886, Bd. 7) — 11) Ziernow: II-oj Sjezd Obszczestwa russkich wraczej w pamiat Pirogowa. (Medicinskoje Obozrenije 1886, Nr. 2—3). — 12) Filatow: O pielitie i moczekisłom diatiezie u djetjej. (Djetskaja medicina 1901, t. 6, Nr. 4). 13) Zacharijn: Kliniczeskija lekcii. Zesz. 2, 1890. — 14) Goldflam: O wstrząsaniu nerek. (Medycyna 1900, Nr. 25, również Berl. kl. Wochenschrift 1901, Nr. 2). — 15) Küster: Die chirurgischen Krankheiten der Nieren. (Deutsche Chirurgie herausgegeben v. Bergmann und v. Bruns 1896, część I). — 16) W. Orłowski: K woprosu o baktericidnych i rastworjauszczych moczewuju kisłotu swojstwach urotropina i terapewticzeskom jego primienienii pri cistitach. 1900. Petersburg. — 17) Krogius: Recherches bactériologiques sur l'infection urinaire, 1892. Helsingfors. — 18) Melchior: Cystitis und Urininfection. Klinische, experimentelle und bacteriologiche Studien. 1897 Berlin; również: Bericht über 52 bacteriologisch untersuchte Fälle von infectiöser Erkrankung des Harntractus. Monatsberichte über die Gesammtleistungen auf dem Gebiete der Harn- und Sexualapparate 1899 i inne prace. — 19) Rosenfeld: Zur Differentialdiagnose zwischen Cystitis und Pyelitis. Berliner kl. Wochenschrift 1898, Nr. 30). — 20) Casper: Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren. Berlin 1896; również: Berl. kl. Woch. (Ueber den diagnostischen Werth des Ureteren-Katheterismus für die Nierenchirurgie. — 21) Eichhorst: Lehrbuch der speciel. Pathol. und Therap. Bd. II. — 22) Schrwald. Zülzer's klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane 1894, część II. — 23) Memelsdorf: Przytaczam według streszczenia z Centralblatt für die Krankh. der Harn- und Sexualorgane 1900, str. 263. — 24) Holländer: Ueber den diagnostischen Werth des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie. (Berl. kl. Woch. 1897, Nr. 34). — 25) Goldberg: Ueber das Verhalten von Eiweissgehalt und Eitergehalt in Urinen. (Centralblatt für die medic. Wissensch. 1893, Nr. 36); Zur Kenntniss der Pyurie und der Hämaturie. (Berl. kl. Woch. 1895, Nr. 49). — 26) Reinecke: Leucocytenzählungen im Harn und ihr Werth für die Diagnostik. (Berlin. kl. Wochenschr. 1895, Nr. 49) — 27) Leube: Specielle Diagnostik der inneren Krankheiten. t. I. — 28) Pinner: Beitrag zur Nierenchirurgie (Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie 1898, t. 58) — 29) Gersuny: Przytaczam według sprawozdania, zamieszczonego w Centralblatt für Chirurgie 1897, Nr. 39, str 1049. — 30) Klemperer: Die Therapie der Gegenwart 1900. — 31) Raynaud: Des crises néphrétiques dans l'ataxie locomotrice progressive. (Archives générales de médecine 1876).

III. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Dokończenie).

Podobną w części do tych postaci jest ślepota wyrazowa, aleksya, w której chory tylko liter nazwać nie umie, a to wskutek przerwania drogi *o,—s* (p. wyżej).

Pokrewną z afazyą optyczną i bardzo zajmującą jest t. zw. ślepota duchowa *(Seelenblindheit)*. Stan ten najlepiej możemy wyjaśnić, jeżeli sobie przedstawimy człowieka ślepo urodzonego, który nigdy w życiu nie widział, a nagle wzrok uzyskał. Chory taki widzi wszystko bardzo dobrze i dokładnie, lecz niczego nie rozpoznaje, nie wie, jak przedmioty się nazywają, co one znaczą, co przedstawiają, do czego służą itd. Stan ten fizyologicznie istnieje u dziecka nowonarodzonego, patologicznie zaś występuje u człowieka, który ulegnie zniszczeniu ośrodka wzrokowego, wyobrażeniowego, t. j. nie tego, który służy do postrzegania, lecz do wyobrażenia, do pamięci i zatrzymania wrażeń wzrokowych, albo jeżeli wszystkie połączenia pomiędzy ośrodkiem wzrokowym, a innymi ośrodkami korowymi są przerwane. Chory taki widzi dobrze, lecz tylko oczami, a nie mózgiem; nie pojmuje przedmiotów widzianych, nie jest w stanie odtwarzać wrażeń wzrokowych, nie może przypomnieć sobie, że pewne okolice, przedmioty, ludzkie twarze i t. d., powinien znać, bo już kiedyś dawniej widział. Z tego powodu taki chory nie może się zoryentować w własnem swojem pomieszkaniu, w przestrzeni, nie wie, gdzie jest, otoczenia codziennego nie poznaje, jak gdyby wszystko widział po raz pierwszy. Np. widok tak pospolitych przedmiotów, jak zegarek, klucz, nóż, pierścień, albo znanej ulicy, nie wywołuje w jego pamięci obrazów z nimi zwykle połączonych, jak gdyby tego wszystkiego dawniej nigdy nie widział. Znane litery zdają mu się zupełnie obce. Formę tę najpierw stwierdził Munk u zwierząt, tłómaczył ją, przyjmując dwa ośrodki wzrokowe: spostrzeżeniowy i pamięciowy, zniszczeniem tego ostatniego; Fuerstner spostrzegał pierwszy raz u obłąkanych objawy, wskazujące na to, że chorzy, zresztą dobrze widzący, nie poznawali widzianych przedtem przed-

miotów. Postaci tej nie należy mięszać z afazyą optyczną, w której chory nietylko widzi, lecz i poznaje rzeczy, ludzi itd., ale słownego dla nich wyrazu znaleźć nie może, gdyż nie pamięta, jak się to wszystko nazywa.

Jako analogię do stanu dopiero co omówionego znamy ciekawe zaburzenie czucia, stwierdzone przez Wernickego, Oppenheima i innych, które polega na niemożności poznania przedmiotów przez ich dotykanie, mimo utrzymanego zmysłu dotyku. Zdolność poznania przedmiotów za pomocą obmacowywania nazywa się Stereognosis, niezdolność Astereognosis albo Stereoagnosis. I tu idzie o utratę obrazów pamięciowych, nabytych drogą zmysłu dotykowego, a więc o pewnego rodzaju znieczulenie duchowe *(Seelenanaesthesie)*. Monakow i Flechsig sądzą, że przyczyna leży w zaburzeniu kojarzenia między wrażeniami skóry, mięśni i stawów, że *„die Zusammenordnung der elementaren Empfindungen der Haut, Muskeln, Gelenke u. s. w. nicht mehr zur Empfindung kommen“*.

Podobne postacie przedstawiają bezsmak duchowy *(Seelengeschmacklosigkeit)*, duchowy brak powonienia *(Seelengeruchlosigkeit)*; chorzy tacy odczuwają smak i zapach, a nie poznają przedmiotów, w których smak i woń mają swoje żródło; n. p. pijąc piwo mówią, że to woda słona albo skosztowawszy octu, powiadają że to kawa i t. p.

Munk na podstawie doświadczeń na zwierzętach rozróżnia głuchotę duchową i korową. Po wycięciu powierzchownego kawałka kory płatu skroniowego pies nie oddziaływa na nawoływania dawniej mu znane, (jak „pst“, „chodź tu“, „łapę“), ale jest jeszcze czułym na wrażenia słuchowe i to jest głuchota duchowa. Po wycięciu zaś większej części powierzchni mózgu, t. j. całej sfery słuchowej, następuje zupełna niewrażliwość na podniety słuchowe, co stanowi głuchotę korową.

Nothnagel również przyjmuje podobnie, jak w zaburzeniach wzroku 1) głuchotę korową, 2) głuchotę duchową, gdzie chory słyszy, ale nie rozumie nietylko słów, lecz także innych wrażeń słuchowych, (jak szemranie strumyka, szczekanie psa) i 3) właściwą głuchotę wyrazową, w której chory wszystko słyszy i rozumie z wyjątkiem wypowiadanych wyrazów, które słyszy, a których nie rozumie.

Rzadką postać typową stanowi skojarzenie głuchoty z ślepotą wyrazową (*caecitas et surditas verbalis*). Na tem miejscu zaznaczyć wypada, że wszystkie postacie dłużej trwające, albo trwale nabyte w wczesnym wieku dziecięcym, mogą pociągnąć za sobą mniejszy lub większy ubytek w umysłowości człowieka.

Niezdolność poznania, do czego jakiś przedmiot służy, nazywa się apraksyą. Jest to stan, spowinowacony z ślepotą duchową, z tą jednak różnicą, że chory poznaje przedmiot, wie jak się on nazywa, pamięta, że go już widział, zna jego przymioty, a zapomniał jedynie, do czego służy. Taki chory nie rozumie znaczenia pieniędzy, łyżki, widelca, form konwencyonalnych, obrzędów kościelnych, różnych obchodów itp.; bierze do ust mydło, zamiast chleba, posługuje się nożem w miejsce łyżki i odwrotnie itp. Stan ten wikła się prawie zawsze z afazyą i przeważnie jest połączony z zakłóceniem inteligencyi.

Niezdolność porozumienia się ruchami (giestami, lub migami) nazywa się amimią. Zaburzenia w tym sposobie i zakresie wyrażenia się nazywano dysmimią. Paramimię mamy wtedy, jeżeli chory robi fałszywe znaki, n. p. kiwa głową potakująco, gdy chce przeczyć i odwrotnie: robi znaki przeczące, gdy chce potakiwać.

Dalej mamy różne postacie afazyi natury przeważnie czynnościowej. Tu należy afazya wrodzona i głuchota psychiczna (Heller, Urbantschitsch, Alt, Coën i inni), które właściwiej zaliczyćby należało do chorób nerwowych i umysłowych. Głuchota psychiczna jest to stan, przedstawiający pozornie wszystkie objawy głuchoniemoty uleczalnej u niedołężnych umysłowo, względnie u idyotów. Niektórzy autorowie nie odróżniają głuchoty psychicznej od głuchoty wyrazowej i uważają te dwie postacie za identyczne. Według Hellera głuchota psychiczna cechuje się tem, że chorzy nią dotknięci słyszą fizycznie, ale psychicznie nie pojmują, oddziaływają na muzykę, tworzą sobie osobną mowę i wymawiają niektóre zgłoski wyraźnie. Odróżnia się ona od głuchoty duchowej tem, że w tej ostatniej są wprawdzie też niektóre zaburzenia afatyczne, jak parafazya, aleksya, agrafia, ale niema afazyi, jak przy pierwszej.

Autorowie odróżniają 2 formy niemoty wrodzonej: 1) t. zw. *Hörstummheit*, *Stummheit ohne Taubheit, alalia idiopathica*, t. j. niemotę słyszących i 2) niemotę idyotyczną. W chorobie pierwszego rodzaju niemota występuje bez wykazalnej przyczyny, bez zmian w narządach i ośrodkach mowy, bez upośledzenia inteligencyi i ustępuje po krótszem lub dłuższem trwaniu dobrowolnie, lub po stosownem leczeniu, czasem bardzo szybko, a zatem nie jest następstwem niedorozwoju ośrodków mowy, a cechuje się niemożnością mówienia, mimo dostatecznej wydolności słuchu. Takie dzieci albo wcale nie tworzą głosek artykulacyjnych, albo jąkają się w wysokim stopniu. W braku upośledzenia inteligencyi przyczyną jest brak i niestałość uwagi, lub ochoty do mówienia. Do tej postaci należy większość przypadków t. zw. głuchoty psychicznej. Do czynników przyczynowych i wywołujących zaliczają się: zadziałanie urazowe, lub wpływy psychiczne i dziedziczność (Coën).

Alt sądzi, że wybitnej różnicy między temi postaciami niema, że *Hörstummheit,* niemota idyotyczna i głuchota psychiczna przedstawiają ten sam obraz chorobowy, lecz w różnych stopniach, zależnych od stopnia zawsze istniejącego w pewnej mierze idyotyzmu. W najłagodniejszych formach nieudolności umysłowej niemota zależy: 1) od zatrzymania w rozwoju ośrodkowego mechanizmu artykulacyi i mowy przy braku wybitnych objawów zniedołężnienia umysłowego, — albo 2) od niedosłyszenia wysokiego stopnia, przyłączającego się do niedołęstwa umysłowego, utrudniającego nauczenie się mowy, albo nareszcie 3) od braku stosownego wychowania, przykładu i zachęcenia do mowy ze strony otoczenia, głuchoniemych rodziców. Na dowód, że sam brak pobudzenia ośrodków słuchowych może sprowadzać niemotę, przytacza Alt między innymi przypadek takiego niby głuchoniemego dziecka, które po oddaleniu od rodziców głuchoniemych w krótkim czasie stało się zupełnie normalnem.

Już dawniejsze badania Mierzejewskiego nad małogłowiem potwierdziły teoryę o zastoju w rozwoju półkul mózgowych. Mózg zatrzymuje się w pewnym okresie rozwoju, a nawet budowa pierwocin mózgowia znajduje się na stopniu najwcześniejszego rozwoju płodowego. Oltuszewski

sądzi na podstawie własnych doświadczeń i spostrzeżeń, że dzieci z wrodzoną afazyą przedstawiają pierwszy lub drugi okres rozwoju ośrodków mowy, t. j. albo brakuje im ośrodka *m*, połączenia tegoż z *s* i *P*, albo tylko połączenia *P* z *m*. Wszystko, co upośledza pamięć, uwagę i wolę, może wywołać afazyę czynnościową u dzieci. Jako ważne czynniki przyczynowe tej choroby uważa Ołtuszewski obok wrodzonego niedołęstwa umysłowego (zacofanie, pierwotny niedorozwój, pierwotne zatrzymanie w rozwoju mózgu), przebyte cierpienia mózgowe, nie pozostawiające śladów organicznych, lecz upośledzające odżywienie kory i powstrzymujące rozwój ośrodków mowy (wtórny niedorozwój), albo też zmiany patologiczne, jak zapalenie opon, zanik, przerost mózgu itp. Podobny wpływ na niemotę przez upośledzenie rozwoju ośrodków mowy mają może wyrośle gruczołowate w jamie nosowopołykowej ze względu na związek naczyń chłonnych gardła, nosa i mózgu. Za tem ogólnem upośledzeniem ośrodków korowych przemawia także ta okoliczność, że takie dzieci zwykle zaczynają też później chodzić. Związek zaś ruchów ciała z wyrobieniem się ośrodków ruchowych mowy zdaje się nie ulegać wątpliwości. Przemawia za tem wytworzenie się tych ośrodków mowy w lewej półkuli, gdzie wcześniejszy rozwój innych ośrodków ruchowych jest podstawą zgrabniejszych i subtelniejszych ruchów prawej połowy ciała, wyrobienie się tych ośrodków mowy w prawej półkuli u mańkutów, dalej pewna równoległość rozwoju mowy z rozwojem chodzenia u dzieci. Godnym uwagi jest również późniejszy rozwój mowy u dzieci krzywiczych.

Ziem, nawiązując do jednego przypadku płonicy, w przebiegu której wystąpiła niemota ruchowa, a którą tłómaczy przekrwieniem w zawoju Broca, odnosi względnie częste wystąpienie niemoty po chorobach zakaźnych u dzieci do ścisłego związku anatomicznego i krążenia, zachodzącego w wieku dziecięcym między mózgiem a nosem, przeważnie zakaźnie zajętym w tych chorobach.

Cheroin zwraca uwagę, że pewne zaburzenia mowy, jak szeptanie, zamienianie ze sobą pewnych spółgłosek itd., nie zostają spostrzegane przez osoby, dotknięte temi zaburzeniami (ani przez ich otoczenie), bądź dlatego, że się do nich przyzwyczaiły, bądź też skutkiem dziedzicznej niezdolności słuchu do rozłożenia dźwięków. Takie osoby nie są również w stanie rozróżnić spółgłoski prawdziwej od fałszywej i leczenie takiego zaburzenia mowy może być skutecznem tylko wtedy, jeżeli poprzednio ucho zostało wyćwiczone do prawidłowego słyszenia.

Dla zupełności nadmieniamy tu jeszcze o rzadkiej postaci zaburzenia mowy, która nie jest zupełnie wyjaśniona; należy może prędzej do dyslogii, niż do afazyi, mianowicie „agramatyzm“, „akatafazya“ (Kussmaul), „style nègre“, „style telegraphique“; są to zboczenia mowy, polegające na niemożności gramatycznego uformowania słów i syntaktycznego ich uszykowania do zdań, używaniu czasowników zawsze w trybie nieoznaczonym, w stylu telegraficznym z opuszczeniem rodzajników itp. Kussmaul odróżnia agramatyzm u zdrowych, pochodzący z braku nauki, ze złego przyzwyczajenia, od agramatyzmu patologicznego, połączonego zwykle z zakłóceniem inteligencyi. Taksamo Steinthal, Ziehen, Eskridge i inni uważają zboczenie to za zaburzenie psychiczne, jako objaw zakłóconej inteligencyi. Pick, Heilbronner i inni zaś przypuszczają, że polega ono na uszkodzeniu ośrodka sensorycznego mowy i występuje w pewnych okresach afazyi czuciowej.

Broadbent przyjmuje nawet osobny ośrodek — *propositionising centre* — w bezpośredniem sąsiedztwie ośrodka ruchowego mowy, którego zniszczenie powoduje niezdolność do mowy gramatycznej, syntaktycznej: „*would render the patient unable to construct a sentence although retaining the use of names*“.

IV. Higiena wzroku w okresie szkolnym.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Dokończenie).

Wzrok uczniów. Wszystkie powyżej wyłuszczone czynniki, jeżeli nie odpowiadają wymaganiom higieny, muszą działać szkodliwie na wzrok nawet prawidłowy, cóż dopiero, jeżeli wzrok ten jest już nienormalnym, jeżeli istnieje wada refrakcyi lub jakakolwiek choroba oczna. Jeżeli wada refrakcyi nie zostanie zawczasu poprawioną szkłami, jeżeli dziecko musi uczyć się w niekorzystnych warunkach, robić roboty ręczne, uczęszczać na lekcye rysunku, wtedy wada ta szybko się zwiększa i sprowadza różne złe następstwa i powikłania.

Uczeń ma n. p. krótki wzrok, więc przybliżać musi oczy do książki lub zeszytu, przez co wzrok jego jeszcze bardziej się skraca. Zamiast być uwolnionym od różnych nadobowiązkowych przedmiotów, ślęczy nad nimi całemi godzinami, skutkiem czego krótki wzrok jego musi postępować i dochodzi w niedługim czasie do bardzo wysokich stopni. Albo znów dziecko ma hypermetropię, wtedy, zwłaszcza przy wyższym jej stopniu, już po kwadransie lub pół godzinie nauki oczy jego się męczą, litery widzi coraz niewyraźniej, nie może czytać, płacze i robi błędy w zadaniu. Wtedy zamiast je karać, przypisując to lenistwu, lepiej pójść do lekarza, aby zbadał wzrok i przepisał potrzebne szkła. To samo zrobić wypada, gdy rodzice lub nauczyciel zauważy, że uczeń przy nauce przybiera jakieś nienaturalne pozycye głowy, a nie kłaść na karb złego przyzwyczajenia i czekać aż dopiero wytwarzający się zez zmusi do zasięgnięcia fachowej porady.

Właściwie powinienby wzrok każdego ucznia być zbadany przed wstąpieniem do szkoły, aby stosownie do tego umieścić go w klasie bliżej lub dalej od tablicy, uwolnić lub nie od nauk, bardziej oczy wytężających, a nauczycielowi dać wskazówki, na co przedewszystkiem zwracać ma uwagę. Badanie wzroku powinno powtarzać się co roku, bo wada refrakcyi, jeżeli jej nie było, może się rozwinąć już w szkole, albo stopień istniejącej zwiększać się w miarę coraz to dłuższej i trudniejszej nauki. Częste badanie oczu jest także potrzebnem ze względu na zaraźliwe choroby oczne, które w szkołach, przeniesione z jednego ucznia na resztę, mogą tworzyć istotne epidemie.

Lekarze szkolni. Ze wszystkiego, co wyżej powiedziano, wynika jasno, jak potrzebnym jest nadzór lekarski w szkołach, to też instytucya lekarzy szkolnych istnieje już w niektórych krajach Europy. Ale jeżeli odpowiedzieć ma ona celowi, potrzeba, aby taki lekarz szkolny był obeznany należycie z higieną szkolną, której nauka powinna być w studyach medycznych obowiązkową, aby był obeznany z cho-

robami dziecięcemi, równie jak z gimnastyką zdrowotną i leczniczą.

Ze względu na potrzebę badania wzroku, co nie jest rzeczą łatwą i wymaga dokładnej znajomości okulistyki, zachodzi pewna trudność, gdyż nie sposób żądać od każdego lekarza, aby był fachowym okulistą; z drugiej zaś strony lekarz, który wyłącznie poświęca się okulistyce, nie będzie posiadał innych potrzebnych dla lekarza szkolnego wiadomości, zostających poza zakresem jego specyalności.

Trudność tę dałoby się ominąć w ten sposób, aby przynajmniej w większych miastach badanie wzroku, które wystarczy, jeżeli odbędzie się raz na rok, powierzone było zawodowym okulistom, między których poszczególne szkoły możnaby rozdzielić.

Nadzór lekarski nietylko nad wzrokiem, ale wogóle nad zdrowiem uczniów jest niezbędnie potrzebnym, a do tego koniecznem jest zaprowadzenie stałych lekarzy szkolnych, bo dotychczas praktykowany w miastach naszych udział lekarzy miejskich tylko od czasu do czasu, jest nie wystarczający, nie mówiąc już o tem, że w szkołach prowincyonalnych i tego nawet brak. Najlepsze szkoły średnie, chociażby wzorowo pod każdym względem urządzone, szwankować będą na bardzo ważnym punkcie, dopóki instytucya lekarzy szkolnych nie zostanie powołaną do życia.

Wszędzie na zachodzie potrzebę tę już zrozumiano i od lat starano się w różny sposób jej zaradzić. W Brukseli już od r. 1874 istnieje nadzór lekarski nad wszystkiemi szkołami: trzy razy w miesiącu badają tam lekarze sale szkolne i stan zdrowia wszystkich uczniów, podobnie jak w innych miastach Belgii. W Holandyi obowiązuje od roku 1865 dekret, który nadaje lekarzom rządowym prawo do nadzoru nad szkołami, ale ich do tego nie zmusza. We Francyi od r. 1872 istnieją w całym departamencie Sekwany, oraz prawie we wszystkich większych miastach, jak Lyon, Bordeaux, Havre, lekarze szkolni, mianowani na przeciąg 2 lat przez prefekta, którzy mają obowiązek dwa razy w miesiącu rewidować każdą klasę, badać wszystkich uczniów i składać sprawozdanie merowi. Podobny nadzór, lubo jeszcze nie powszechny, zaprowadzono też w Anglii, Szwajcaryi i niektórych miastach Niemiec, a korzyści są tak wielkie, że nie długo już czekać, gdy nie będzie tam ani jednej szkoły bez lekarza szkolnego.

S k a l e c z e n i a o c z u. Zabawy na pauzach, na wycieczkach poza szkołą, w których udział bierze większa liczba wyrostków niedoświadczonych, nieostrożnych a żywych, połączone są z niebezpieczeństwem skaleczenia oka, które też bardzo często w tym okresie życia się przytrafiają.

Pod tym względem żądać musimy ścisłego dozoru ze strony nauczycieli podczas pauz, przy wychodzeniu uczniów ze szkoły, na wycieczkach i majówkach i to dozoru nie dla formy tylko, jak to zwykle ma miejsce.

Wielkiem także niebezpieczeństwem dla wzroku grożą ulubione przez chłopców kapsle metalowe, które zwykle kładą oni na kamieniu i uderzając drugim, wywołują wystrzał. Przytem kapsla zostaje rozerwaną na małe ostre kawałeczki, które rozpryśnięte z wielką siłą, jeżeli trafią w oko, przecinają twardówkę lub rogówkę i wpadają w głąb. Wiadomą jest rzeczą, że takie wtargnięcie obcego ciała do oka wywołuje ciężkie zapalenia, które zakończyć się mogą nie tylko utratą oka skaleczonego, lecz także wzniecić sympatyczne zapalenie na drugiem oku. Słynny paryski fabrykant sztucznych oczu Boissoneau znalazł na 3984 osób, które u niego sztuczne oczy nabywały, 939 takich, co straciły wzrok w dzieciństwie, z czego 343 wskutek zabawy kapslami.

Wobec tak częstych wypadków, zdarzających się wszędzie, zastanawiali się nawet okuliści nad tem, czyby nie należało wyjednać u władz rozporządzenia, zabraniającego sprzedawania niedorostkom takich kapsli metalowych, jako rzeczy, mogącej w ręku ich stać się niebezpieczną dla zdrowia. I nasz Zjazd lekarzy polskich z roku 1891 w Krakowie debatował nad tą kwestyą, ale, o ile mi wiadomo, dotychczas bez konkretnych wyników. Zdaniem mojem podobny zakaz odnosić się powinien także do ogni sztucznych, którymi młodzi chłopcy tak lubią się bawić, a które również przez nieostrożność wywołać łatwo mogą skaleczenie i oparzenie oczu.

U ż y w a n i e s z k i e ł. Uczniowie krótkowidzący w wyższych klasach szkół średnich, widząc źle na tablicy, radzą sobie w ten sposób, że kupują szkła bez ordynacyi lekarskiej i te albo ciągle noszą, albo używają do czytania i pisania tych samych, któremi patrzą w dal. Najczęściej szkła, w ten sposób kupione, są nieodpowiednie, mniejsza jeszcze, jeżeli są za słabe, gorzej daleko, gdy są za mocne, lub gdy używane bywają bez potrzeby także przy pracy z blizka. Wielu też nawet z dobrym wzrokiem nosi szkła dla fanfaronady. C o h n znalazł u 37% uczniów, używających okularów, szkła mocniejsze, niż tego wymagał ich krótki wzrok, a gdybyśmy poszukali w naszych szkołach, z pewnością znaleźlibyśmy to samo.

Aby temu nadużywaniu szkieł przez uczniów zapobiedz, powinny władze szkolne wydać rozporządzenie, że każdy uczeń, który posługuje się szkłami, musi przed nauczycielem wykazać się poświadczeniem lekarza, że istotnie szkieł potrzebuje, że te mu zostały przepisane, z dodaniem uwagi, czy ma je stale nosić, czy też tylko przy patrzeniu na tablicę, a do czytania i pisania zdejmować, lub na odwrót.

J a g l i c a (*trachoma*). W szkołach należałoby co pewien czas badać oczy wszystkich uczniów bez wyjątku i chorym na jaglicę zabronić stanowczo uczęszczać na lekcye tak długo, dopóki zupełnie wyleczeni nie zostaną. Epidemie bowiem tej choroby szerzą się w zastraszający sposób wszędzie tam, gdzie większa liczba osób stale razem przebywa i znane są przypadki, gdzie jeden uczeń chory na jaglicę zaraził całą klasę. Rodzice takich dzieci powinni być na tyle sumienni, aby nie czekając zakazu, nie posyłali ich do szkoły. Ponieważ jednak nie zawsze można się na to spuścić, przeto należałoby, aby każdy lekarz, gdy u dziecka rozpozna egipskie zapalenie oczu, oprócz pouczenia rodziców, że go do szkoły nie powinni posyłać, donosił bezzwłocznie zarządowi szkoły, że taki a taki uczeń cierpi na zaraźliwą chorobę oczną i do szkoły puszczonym być nie może. I tutaj potrzeba lekarzy szkolnych oraz peryodycznego badania oczu wszystkich uczniów leży jak na dłoni [1]).

S a m o g w a ł t. Okres dojrzewania chłopców i dziewcząt przedstawia dla oczu niebezpieczeństwo, grożące z innej jeszcze strony. Budzący się wtedy naturalny popęd płciowy popycha bardzo wielu dorastających do występnego przyzwyczajenia, które podkopuje cały ustrój, głównie zaś, jak wiadomo, układ nerwowy, działając pośrednio, a nawet,

[1]) Co do innych środków zapobiegawczych porównaj rozdział XII mojej „Popularnej higieny wzroku".

jak badania nowsze wykazały, także wprost, bezpośrednio na wzrok. Nie jedna też choroba oczu, dla której daremnie szuka się przyczyny, rozwija się na tej podstawie.

Najczęstsze cierpienia oczne, wywołane przez samogwałt, są:

1. Uporczywe nieżyty spojówki i zapalenia brzegu powiek, opierające się wszelkiemu leczeniu, dopóki przyczyny się nie odkryje i nie usunie.

2. Podmiotowe zjawiska świetlne w postaci błyskawic, gwiazd latających przed oczyma, oraz wielka wrażliwość na światło bez zmian anatomicznych w oczach. Pojawia się to najczęściej koło 20 roku życia.

3. Osłabienie akomodacyi, będące powodem nużenia się wzroku przy pracy ocznej, a dochodzące nawet w ciężkich przypadkach do lekkiego porażenia, uniemożliwającego czytanie i pisanie.

4. Powstające czasem męty w ciałku szklistem, nawet krwotoki w wewnętrznych częściach oka, lub też niedowidzenie na tle nerwowem, bez wyraźnych zmian na dnie oka.

5. Graefe i Foerster opisują przypadki choroby Basedowa, która istotnie powstając też niekiedy wskutek przedrażnienia płciowego w sposób naturalny, może tem łatwiej powstać na tle samogwałtu, dającego częściej sposobność do tego przedrażnienia. Podobny przypadek spostrzegałem sam u jednego chorego wspólnie z jednym z kolegów internistów.

Wobec tego, że szkoły są zazwyczaj rozsadnikiem samogwałtu, źle robią nauczyciele i przełożeni, ktorzy omijają ten temat, wychodząc z błędnego mniemania, że „nie wypada“ mówić o tem z uczniami, lub z obawy, aby niewinnego dziecka nie zepsuć i nie nauczyć tego, o czem mogło jeszcze nie wiedzieć. Najdrażliwszy nawet przedmiot można poruszyć i omówić, tylko trzeba wziąć się do rzeczy rozsądnie, umieć wzbudzić zaufanie ucznia, nie grozić mu karami, które i tak są bezcelowe, przemawiać raczej do jego rozsądku, jak wobec młodszego kolegi. Byłoby to też najodpowiedniejszem zadaniem lekarzy szkolnych.

Choroby weneryczne. Szerzenie się chorób wenerycznych wśród młodzieży szkolnej przybiera coraz bardziej zastraszające rozmiary. Czytelnikom nie potrzebuję obszerniej wyłuszczać, jakie spustoszenie wywołuje w oczach kiła, a i rzeżączka może dać powód do ropotoku spojówek i przez to pozbawić wzroku. Sprawa ochrony przed chorobami wenerycznemi należy do higieny ogólnej, a rozwiązanie jej pomyślne napotyka na tysiączne trudności. Zanim kiedyś dojdzie nauka do tego, że wytępi tak dziś rozpowszechnioną wśród wszystkich warstw ludności kiłę, zadaniem lekarzy i nauczycieli powinno być zapobieganie, o ile to możliwe, coraz częściej zdarzającym się przypadkom zarażenia kilkunastoletnich młodzieńców. Do tego celu zmierzać powinno wczesne rozumne pouczenie młodzieży wogóle o niebezpieczeństwach chorób wenerycznych i o sposobach zapobiegawczych, tem więcej, że wielu lekceważy sobie np. taką rzeżączkę, jako chorobę w ich mniemaniu nic nie znaczącą; niektórzy nawet przebycie jej uważają za rodzaj pasowania na dorosłego mężczyznę. Potrzebnem jest dalej pouczenie o konieczności fachowego leczenia w razie nieszczęśliwego przypadku, bo znowu zdarza się, że wielu młodych ukrywa się z tą chorobą przed starszymi, gotując sobie i drugim nieszczęście. Dziwna rzecz, że wobec żadnej innej choroby nie zachowują się ludzie tak nierozsądnie, tak bezczynnie, podobni strusiom, co chowają głowy w piasek, aby nie widzieć grożącego niebezpieczeństwa [1]).

V. Wyciągi.

Bruns (Hannower). **O pląsawicy elektrycznej.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 51). Pląsawica elektryczna niema nic wspólnego z pląsawicą Sydenhama i Huntingtona. B. zalicza do tej choroby trojakiego rodzaju kurcze doraźne, błyskawiczne, mięśni głowy, karku, barków i ramion, niekiedy także innych części, a nawet całej połowy ciała, występujące u dzieci od 7—15 lat, a mianowicie: 1. przypadki pląsawicy elektrycznej w ścisłem słowa znaczeniu, spokrewnione z różnemi postaciami *tic convulsif i paramyoclonus multiplex*; 2. przypadki przyrody histerycznej i wreszcie 3. kurcze błyskawiczne z powodu padaczki, podobne do przypadków, opisanych jako *epilepsia choreica i epilepsia partialis continua*. Przypadki padaczkowe łatwo można rozpoznać: we wszystkich innych leczenie powinno być przeciwhisteryczne, a więc pobyt w zakładzie, zalecone przez autora „rozmyślne zaniedbywanie“ chorego, galwanizacya karku, natryski i przedewszystkiem często potrzebna jest poprawa odżywiania. Pod wpływem tego leczenia przypadki, polegające na macinnicy, rychło ustaną, podczas gdy przypadki, należące do *tic convulsif*, uporczywie się utrzymują. Dlatego też Henoch i Bergeron, którzy niezależnie od siebie tę chorobę dokładnie opisali, nie zgadzają się z sobą w rokowaniu tak, że pierwszy uważa ją za przewlekłą i uporczywą wobec wszelkiego leczenia, drugi zaś osiągnął rychłe wyleczenia, gdyż musiały to być przypadki z podstawą macinniczą, a zalecane przez niego środki wymiotne wywierały tylko wpływ psychiczny. *Dr. Fels.*

Schröder. **O szwie żyły udowej w blizkości więzu Pouparta i o jego wskazaniach.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). W trzech przypadkach zeszył autor żyłę udową w blizkości więzu z powodu nacięcia jej przy wyłuszczaniu przerosłych gruczołów pachwinowych. W jednym tylko miał powstać obrzęk kończyny dolnej, jednakże autor już sam tego podczas leczenia stwierdzić nie mógł. W przypadkach skaleczeń żyły udowej można myśleć o podwiązaniu, lub o zeszyciu: przy podwiązaniu powstaje krążenie uboczne, gdy parcie tętnicze w kończynie jest dość znaczne; w przeciwnym razie powstają zaburzenia w krążeniu żylnem. Zeszycie żyły jest w przeciwieństwie do podwiązania, zdaniem autora, postępowaniem idealnem; nie wywołuje żadnego zaburzenia w krążeniu i przywraca stosunki prawidłowe. Fraenkel radzi szyć żyłę lub tętnicę udową tylko wtedy, gdy się jest pewnym bezgnilnego przebiegu pooperacyjnego; autor idzie nieco dalej i radzi szyć żyłę nawet tam, gdzie jest ropienie, ale umiejscowione; jak np. w przypadkach zropiałych gruczołów. Przy wytamponowaniu gazą miejsca krwawiącego wynajduje się ranę w żyle, podnosi brzegi tępymi szczypczykami i szyje szwami węzełkowymi, cienką igiełką jelitową, nawleczoną cienkim jedwabiem. Po zeszyciu i opatrzeniu rany układa się kończynę dolną wysoko, sposobem Leunandera, by przez podniesienie łóżka od strony nóg ulatwić krążenie, a nie owijać kończyny opaską flanelową. *B. Żmigród.*

Monti. **W sprawie wysypki posurowiczej.** (*Archiv für Kinderheilkunde* 1903, T. 36). Autor porusza kwestyę przyczyny powstawania wysypki po użyciu surowicy przeciwbłoniczej i jak możnaby temu zapobiedz. Nie ulega wątpliwości, że antytoksyna błonicza jest zupełnie nieszkodliwa i nie może być uważana za przyczynę wysypki. Również twierdzenie, jakoby powodem wysypki był mały dodatek kwasu karbolowego do surowicy, okazało się nieuzasadnione. Najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z zatruciem, spowodowanem wstrzyknięciem płynu, zawierającego białko ze zwierzęcia obcego gatunku. Za tem przemawiałyby doświadczenia Montiego i Johanessena, którzy, używając zwykłej jałowej surowicy z krwi zwierząt, wywołali podobne zupełnie objawy. Pojawianie się wysypki zależy zdaje się najwięcej od ilości użytej surowicy. Na tym punkcie poglądy autora schodzą się z zapatrywaniami większości badaczy (Hartmann, Dant, Ritter), stoją jednak w sprzeczności z doświadczeniami Mosera, który wstrzykiwał w płonicy po 180 ctm. swoistej surowicy, nie wywołując wysypki. Być może, że skóra i krew płoniczych chorych nie posiadają warunków sprzyjających rozwinięciu się toksycznej działalności końskiej su-

[1]) W ostatnich tygodniach podjęto już we Lwowie tę sprawę z inicyatywy p. protomedyka Merunowicza, czemu tylko przyklasnąć należy. (Przyp. autora).

rowicy, lub też działanie to jest sparaliżowane wpływem paciorkowców. Także odmienny sposób przyrządzania (wielokrotne ogrzewanie do 50°) może być przyczyną tych różnic.

Nieodpowiednio przyrządzona lub zmieniona już surowica może i w małych ilościach wywołać wysypkę. Monti radzi w celu uniknięcia tych niepożądanych przypadłości trzymać się następujących przepisów: 1) używać tylko surowicy przeźroczystej; 2) jeżeli surowica jest mętna, ogrzać ją przed użyciem do 35° i użyć tylko w tym razie, jeżeli po kilkakrotnem ogrzaniu zmącenie zupełnie ustąpiło, 3) tosamo stosuje się do surowicy dłuższy czas przechowywanej, zawierającej biały osad kłaczkowaty; 4) należy używać jedynie wysokowartościowej surowicy, która pozwala wprowadzić potrzebną ilość jednostek antytoksycznych w małej ilości płynu (nie przekraczającej 10 sz. ctm.); 5) pożądanem byłoby wielokrotne ogrzewanie surowicy do 35°—50°, gdyż w ten sposób, nie obniżając wartości leczniczej surowicy, możemy nawet przy użyciu większej ilości usunąć przyczyny działające toksycznie i wywołujące wysypki posurowicze. *Dr. T. Żeleński.*

Dr. Novák (Łabska Tynice). **Przerwa 61 godzin, trwająca przy porodzie bliźniąt.** (*Časopis lékařů českých* r. 1903, Nr. 11). Autor wezwany został do wyrobnicy na wieś, która przed dwoma dniami porodziła zdrowego chłopca, łożysko jednak wciąż jeszcze nie odchodziło. Gdy wszedł do mieszkania tej kobiety, zastał ją zajętą praniem bielizny na środku izby. Przy badaniu stwierdził w znacznie powiększonej macicy żywy płód w położeniu poprzecznem. Poród pierwszego dziecka odbył się według podania położnej zupełnie prawidłowo. Kobieta ta, licząca lat 29, wieloródka, pracowała jeszcze na dwie godziny przed odejściem wód płodowych, a ponieważ łożysko po porodzie nie odeszło, za radą akuszerki wstała następnego dnia do swych codziennych zajęć. Dr. Novak wykonał z pomocą kolegi obrót i wydobył płód płci żeńskiej w stanie zamartwiczym. Dziewczynkę tę, która przyszła na 61 godzin po urodzeniu pierwszego bliźniaka, zdołano w stosunkowo krótkim czasie ocalić zapomocą sztucznego oddechania; była ona silniej rozwiniętą, niż chłopak i od niego nieco cięższa. W czasie niniejszego sprawozdania, w 50 dni po urodzeniu, chłopiec ważył 3480 grm., dziewczynka 4000 grm. Tak dzieci, jak i matka są zupełnie zdrowe. *Chlumský* (Kraków).

Doc. J. Salgó (Peszt). **O czynnościowych psychozach starczych.** (*Gyógyászat* 1902, Nr. 19). Wobec daleko posuniętych zmian w ustroju, towarzyszących wiekowi starczemu, trudno właściwie mówić o „czynnościowych" psychozach, wykluczających wykazalne zmiany anatomiczne ośrodkowego układu nerwowego, więc pozwalających rokować korzystnie co do wyleczenia. Przecież nie może sobie S. wyobrazić zboczenia umysłowego bez zmian w narządzie ośrodkowym; istnieją one, tylko ich dotychczas nie stwierdzono. Do takich przemijających, więc uleczalnych, zboczeń umysłowych starców zalicza S. typową zadumę, której czysty obraz spotykamy właściwie tylko w starości. Głównym jej objawem jest chorobowo ścieśniona świadomość, z której wypływają dalsze obrazy przygnębienia umysłowego, jak smutek, lęk itp. Podobny zupełnie obraz widzimy u umysłowo zdrowych w następstwie silnego przepracowania umysłu, u których wyobrażenia, co do treści zupełnie obojętne, przerywają na pewien czas z siłą wyobrażeń przymusowych cały bieg myśli. Mimo niewątpliwego pochodzenia z zaniku starczego psychoza kończy się bardzo często wyleczeniem, przedstawia się więc „jako czynnościowa". Drugą postacią starczej psychozy jest „ostre starcze ogłupienie", występujące po jakiemkolwiek somatycznem zaburzeniu (zwykle po chorobach żołądka, jelit, pęcherza moczowego lub gruczołu krokowego) z nieznacznym stanem gorączkowym, do których wśród objawów uporczywej bezsenności i wyniszczenia łączy się niepokój i zupełne pomięszanie (niezoryentowanie się co do miejsca, czasu, ludzi i zwykłego otoczenia, utrata najpierwotniejszego poczucia wstydu, nieczystości itd.). Najwięcej obraz ten odpowiada zboczeniu, zwanemu „moria" w dawniejszej psychyatryi. Jeżeli się uda wstrzymać upadek sił dobrem odżywieniem, sprowadzić sen i uspokojenie trafnie dobranymi lekami nasennymi, jeżeli opieka potrafi zapobiedz samokaleczeniu, mogącemu łatwo dać powód do rozwinięcia się róży, a ciężkie powikłanie somatyczne nie przyłącza się, wtedy następuje wyleczenie opisanej psychozy mniejwięcej w tylu tygodniach, ile miesięcy do tego potrzebuje starcza zaduma. Poznanie możebności pomyślnego przebiegu tego zboczenia umysłowego, przedstawiającego się z góry jako nieuleczalne, ważnem jest z dwóch względów. Po pierwsze ze stanowiska praktycznego jest bardzo ważnem, żebyśmy się nie kierowali wywodami teoretycznymi w zawodzie lekarskim, choćby one były pozornie naukowo bardzo uzasadnione, bo w praktyce nieraz górę bierze doświadczenie nad pozornie niewątpliwem twierdzeniem naukowem. Powtóre ze stanowiska sądowego. Dziś, kiedy stwierdzenie zboczenia umysłowego przez rzeczoznawców wiąże się natychmiast z daleko idącemi zarządzeniami cywilno-prawnemi, stwierdzenie nieuleczalnej psychozy musi pociągnąć często fatalne dla chorego następstwa. Kto zna wstrętne walki o majątek, staczane przez krewnych obłąkanego, ten pojmie, jakie ma znaczenie, jeżeli człowiek, który według orzeczenia znawców sądowych dotknięty jest nieuleczalnem ogłupieniem starczem, nad którym rozciągnięto kuratelę, po pewnym czasie ocknie się i zażąda zwrotu odebranego mu prawa rozporządzalności. *Dr. Baschkopf.*

Dr. O. Hick. **Etyologiczna terapia zapalenia płuc.** (*Neue Therapie*, 1903). Autor, zbijając zdanie, że lekarze przy zapaleniu płuc, nie mając środka swoistego, są bezsilni, zwraca uwagę na liczne doświadczenia z kreozotem i jego przetworami, jako na leki nadzwyczaj skuteczne; opiera się on na zasadzie, iż środki te, jako odkażające, dochodząc z krwią do płuc i będąc tą drogą wydalane z wydechem, zabijają pneumokoki, zmniejszając zarazem i ilość toksyny przez nie wydzielanej. Prócz tej teoretycznej dedukcyi, autor popiera swą hipotezę statystyką: na 1130 przypadków zapalenia płuc, leczonych kreozotem, a zebranych z piśmiennictwa przez Dra v. Zandta, śmiertelność spadła z 25%, jak było przedtem, na 5%. W tych przypadkach, w których stosowano syrolinę, lub tiokol (przetwory kreozotu), wysoka ciepłota szybko obniżała się tak, że właściwego przełomu nie było, a stan ogólny chorego szybko się poprawiał. Autor poleca przeto lekarzom praktykującym w każdym przypadku zapalenia płuc stosowanie tych środków w dwóch postaciach: albo syroliny, co 2 godziny łyżkę, lub tiokol w pastylkach półgramowych, lub podług recepty: *Rp. Pastill. thiocol-Roche IV. 25 d. ad lagen. orig. S. co 2 godziny pastylkę.* *Dr. Włodz. Serkowski* (Stryj).

G. Wennerström. **Kolpohisterotomia przy tyłozgięciu uwięzłej macicy ciężarnej.** (*Centr. für Gyn.* 1903, Nr. 10). Wszelkie sposoby odprowadzenia nie pomogły. Wskutek pojawienia się niedrożności jelit, wzdęcia, wymiotów, przecięto tylną ścianę pochwy, oddzielono otrzewnę, nacięto macicę, rozszerzono dalej otwór na tępo i wydobyto z wnętrza zmacerowany płód z całkowicie oddzielonem łożyskiem, oraz dwie tacki ropy ze skrzepami krwi. Ranę zatkano gazą jodoformową po poprzedniem wprowadzeniu sączka do dna macicy, który po tygodniu wyjęto. Wyleczenie szybkie, objawy groźne ustąpiły natychmiast po operacyi. Przypadek zasługuje na uwagę z powodu wystąpienia prawdziwych objawów niedrożności jelit, gwałtownych bólów w krzyżach i udach, oraz wykonania zabiegu pozaotrzewnowo. *G. Grzybowski.*

Biełowieniec. **W sprawie działania adrenaliny na ustrój zwierzęcy.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 7). Na podstawie doświadczeń, dokonanych na królikach i psach w farmakologicznej pracowni prof. Krawkowa (Petersburg), przyszedł B. do wniosków następujących: 1) adrenalina podnosi ciśnienie krwi wskutek znacznego skurczu naczyń i podniecenia czynności serca; 2) skurcz naczyń zależy od bezpośredniego jej działania na ścianki naczyń; 3) adrenalina początkowo wywiera działanie podrażniające, a następnie porażające na ośrodki nerwów błędnych; na zakończenia zaś obwodowe tych nerwów nie działa wcale; 4) w małych dawkach adrenalina podnosi wymianę gazów, w wielkich zaś obniża ją w silnym stopniu, sprowadzając obniżenie ciepłoty; 5) na ośrodkowy układ nerwowy adrenalina działa w sposób przygnębiający; 6) przyspieszenie tętna po wstrzykiwaniu adrenaliny powinno ostrzegać przed wprowadzeniem nowej dawki leku; 7) śmierć z adrenaliny zależy od porażenia ośrodka oddechowego; 8) jednakowa dawka działa na różne zwierzęta tegoż gatunku z niejednaką siłą, wobec czego przy stosowaniu adrenaliny należy zachowywać wielką ostrożność; 9) wodny rozczyn adrenaliny ulega szybko utlenianiu się i różowieje, a następnie przyjmuje barwę ciemno-brunatną; pomimo to adrenalina nie traci swego działania; 10) chlorek adrenaliny prof. Pöhla i Takamine wyrobu firmy Parke Davis Comp. działają jednakowo, z tą tylko różnicą, że działanie ostatniego wyrobu jest silniejsze. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dr. J. Klausner. **O operacyi wodniaka jądra sposobem Winkelmanna.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). Autor podnosi gorąco zalety tej nadzwyczaj prostej metody doszczętnego operowania wodniaka jądra. Zastosować jej nie można jedynie w przypadkach, w których osłonki są bardzo zgrubiałe. Wraz ze swoimi 35 przypadkami zebrał z piśmiennictwa 104 operacyj Winkelmanna, z 4 tylko przypadkami nawrotów. (Nie wlicza przypadków, ogłoszonych przez Dra A. Rydygiera w „Now. lek." 1902, Nr. 12, z których, ze względu na ostateczny wynik, interesować nas może 38 z 2 nawrotami. Mielibyśmy zatem 142 operacyj z 6 nawrotami. *Przyp. Ref.*). Na swoich przypadkach stwierdził K., że jądro nie ulega przemieszczeniu (ku górze), ani też zgoła nie cierpi na odżywieniu. *Herman.*

Czyhlarz (Wiedeń). **W sprawie powstawania palców pałeczkowatych w przebiegu chorób serca.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 9, 1903). Jednym z najgłówniejszych czynników, przyczyniających się do wytworzenia palców pałeczkowatych u sercowo chorych jest, według Bambergera, sprawa zastoinowa. Autor jednak na zasadzie trzech odnośnych przypadków chorobowych dochodzi do wniosku, że palce pałeczkowate mogą powstać skutkiem jakiegoś bliżej nieznanego „czynnika zapalnego“, bez współudziału objawów zastoinowych. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Albert Wettstein. **O leczeniu błonicy ze szczególnem uwzględnieniem leczenia surowicą.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. 5, 1902). Liczba przeciwników leczenia błonicy surowicą maleje, a przekonanie o skuteczności tego sposobu leczenia tak się upowszechnia, że nawet ubiegłego roku w parlamencie niemieckim chciano pociągnąć do prawnej odpowiedzialności pewnego dyrektora szpitala, który z zasady u chorych na błonicę nie stosował surowicy. Rozprawą swoją, opartą na materyale kliniki chirurgicznej w Zurychu, (Profesor Krönlein), a obejmującym razem 986 przypadków błonicy, stwierdzonej bakteryologicznie i leczonej surowicą, stara się autor pokonać przeciwników, a umocnić w przekonaniu wierzących. Nie wdając się w szczegóły, które wybrać i należycie przedstawić mógłby jedynie ten, kto sprawą tą oddawna i specyalnie się interesuje, podajemy tylko szczegół ten, że w klinice chirurgicznej w Zurychu, w której każdemu choremu na błonicę wstrzykuje się surowicę o sile przeciętnie 1000 jedn. antytoks., śmiertelność z tej choroby spadła z 35·72% (przed r. 1894) na 15·18 (po r. 1895); równocześnie zaś w kantonie zurychskim, gdzie jeszcze nie w każdym przypadku używają surowicy, przeciętna śmiertelność w tychsamych latach z 17·1% spadła na 8·9%. Wnioskuje zatem autor, że 1) surowica przeciwbłonicza jest lekiem swoistym w błonicy; 2) działa tem pewniej, im we wcześniejszym okresie choroby zostanie wstrzykniętą; 3) przypadki leczone surowicą okazują znacznie mniej powikłań; 4) surowica obecnie używana nie wywiera wpływów ubocznych; 5) lekarz, który w przypadku błonicy nie wstrzyknie choremu surowicy, staje się winnym „błędu w sztuce“. *Herman.*

Dr. Ph. Bockenheimer. **W sprawie powstawania szczeliny brzuszno-pęcherzowo-płciowej.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 3, 1903). B. opisuje przypadek wady wrodzonej, spostrzeganej na 3-dniowym noworodku. Na zwłokach stwierdzono przepuklinę pępkową, której osłona zewnętrzna utworzoną była tylko z otrzewnej; poniżej wązki pasek skóry prawidłowej, ograniczający guz, utworzony z jelita rozszczepionego (dolna część jelita biodrowego, kątnica i większa część jelita grubego). Zresztą jelito grube u wejścia do miednicy małej kończyło się ślepo. Po obu stronach tego guza znachodziły się dwa mniejsze, w okolicy odpowiednich pachwin, które odpowiadały rozszczepionemu pęcherzowi. W każdą połowę wchodził odpowiedni moczowód. Prącie zastąpione było przez dwa wzgórki wielkości ziarnka grochu, a moszna, zresztą dobrze wykształcone, leżały w okolicy spojenia łonowego rozpłaszczone i w tem położeniu ustalone. Równocześnie lewa stopa była w wysokim stopniu zniekształcona. Wszystko to razem, zdaniem B., przemawia za tem, że wada ta wywołaną została skutkiem działania jakiejś przewlekłej przyczyny urazowej, której działanie rozpoczęło się między 9—10 tygodniem życia płodowego. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Valentini. **O systematycznem leczeniu przeciwgorączkowem duru brzusznego piramidonem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 16). Jako sposób prawidłowy leczenia duru brzusznego uważamy leczenie kąpielami, chociaż mają one nieraz strony ujemne, gdyż może nastąpić zapad, a w razie wojny lub większej epidemii trudnoby było podołać ścisłemu leczeniu kąpielami. Jeśli więc kąpiele nie są możebne lub niedozwolone (krwotoki kiszkowe itp.), stosujemy środki przeciwgorączkowe, które jednak obniżają ciepłotę tylko na krótki czas bez najmniejszego wpływu na przebieg choroby. Natomiast V. poleca regularne podawanie piramidonu, jako sposób przewyższający leczenie kąpielowe. Podaje on bezustannie dniem i nocą w lżejszych przypadkach co dwie godziny 0·2, w cięższych 0·3, a w najcięższych po 0·4 piramidonu; dzieciom zaś co dwie po 0·1. Z początku można wogóle podawać większe dawki do ustąpienia gorączki; dopiero, kiedy chory już kilka dni nie gorączkuje, należy dawkę zmniejszyć. W przeciągu 24 godzin gorączka zupełnie lub prawie zupełnie znika i stan bezgorączkowy utrzymuje się przez cały czas choroby, tętno staje się wolniejszem, a wszelkie objawy nerwowe ustępują. Piramidon zapisuje się w płynie tak, by jedna łyżka zawierała każdorazową dawkę. Skutków szkodliwych ani razu nie zauważono, pomimo że chorzy regularnie zażywali piramidon przez 4—5 tygodni, a raz nawet przez 7 tygodni. Po 3—4 tygodniach można zaprzestać podawania piramidonu, lecz jeśli ciepłota znowu się wzmoże, środek ten trzeba nadal stosować. W najcięższych przypadkach, gdzie z powodu osłabienia serca chorzy nie znoszą kąpieli, leczenie piramidonem jest wprost zbawiennem, gdyż już po 24 godzinach ciepłota z 40° i wyżej spada na 38°, a po kilku dniach osiąga normę; majaczenia i śpiączka ustępują, chorzy sami piją i pielęgnowanie jest znacznie ułatwione. Wogóle można powiedzieć, że pod wpływem piramidonu chorzy sami się pielęgnują, są czyściejsi, przyjmują pokarmy, lecz lekarz musi o tem pamiętać, że ustępują tylko objawy duru, a nie choroba sama. Dlatego musi on starannie baczyć na chorego i jego otoczenie, gdyż chory czuje się zupełnie dobrze, chce jeść, wstawać z łóżka; to też dla ludzi prostych, mieszkających zdala od lekarza, leczenie piramidonem jest wprost niebezpiecznem. Leczenie piramidonem należy rozpocząć dopiero po kilku dniach, lub z końcem pierwszego tygodnia po ustaleniu rozpoznania, by nie zamącić obrazu chorobowego w samym początku. Piramidon nie działa wcale swoiście na dur brzuszny i nie skraca bynajmniej czasu trwania choroby, lecz usuwa wyłącznie objawy, taksamo jak i kąpiele mają tylko wpływ objawowy i dlatego są tu zupełnie zbędne. V. stosuje u swoich chorych tylko dwa razy na tydzień kąpiel o 24° R. *Dr. Fels* (Lwów).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 13. maja 1903.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 25.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Eisenberg wygłosił zapowiedziany odczyt: »O najnowszych zdobyczach bakteryologicznych w sprawie duru brzusznego«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VIII. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Pierwsza promocya na doktora med. w Uniw. krak. Upadek Wydz. lek. Lekarze polscy w wieku XIV. Skutkiem tego, że Wydział lek. od założenia Uniwersytetu nie był całkowicie rozwinięty, że w nim nie udzielano regularnie wszystkich przedmiotów w takiej rozciągłości, jaka wówczas uznana była za potrzebną do osiągnięcia w lekarstwie wieńca akademickiego, pierwszy tego rodzaju obrzęd mógł się odbyć dopiero w r. 1527, a zatem po upływie przeszło półtora wieku od wzniesienia Akademii przez Kazimierza W. Zdarzenie to, jako nowe i pamiętne, zapisane zostało w dziejach naszego Uniwersytetu, a księga rękopiśmienna, wiadomość tę zawierająca, przechowuje się w Arch. Uniw. pod L. 32 pod napisem *Compendium Documentor. Decretor. et Conclusionum* (Roczn. Wydz. lek. w Uniw. Jag. T. IV r. 1841 str. 33). Rzecz ta, jako wypadek przedtem niebywały i pierwszy od istnienia Szkoły głównej, trzy razy jest w wzmiankowanym zabytku wyraźnie uwydatniona. Naprzód w tytule: *Prima promotio in hac celebri Academia trium egregiorum Drum in Sacra (sic) Medicina facta A. 1527 sub Rectoratu Magn. ac egregii Dni Lucae de Noskew AA. et Med. Dris, Lectoris ordinarii eiusdem Physici regii et Rectoris pro tunc Gymnasii huius florentissimi Crac.* — Potem w początku osnowy: *A. Salvatoris 1527 die ultima mensis Febr. tres Dres egregii in sacratissima Medicina ... promoti et laurea Drali aderant coronati primi et novi in hoc Gymnasio celeberrimo, cuius ab exortio et prima eiusdem fundatione nunquam ante eos aliqui alii hac promotione condecorati fuerant, hi videlicet Dres ac AA. liber. Mgri: Adamus de Brzeziny, Nicolaus Sokolnicki et Simon de Szamotuły“.* A na końcu aktu znowu

podano, że skutkiem uchwały, zapadłej na zebraniu wszystkich dziekanów, radców, ojców profesorów i mistrzów nauk wyzwolonych (*artistarum*) dnia 7 marca roku wyżej wzmiankowanego, zapisano to do księgi postanowień (*Constitutionum*) na wieczną pamiątkę tej promocyi, czci i pamięci godnej i pierwszej na Drów Stej Medycyny w tej szkole, jakiej przedtem nigdy nie było od początku tego kwitnącego zakładu (*ac primae (promotionis) Dnum in hoc Collegio Sacratissimae Medicinae ab exordio huius studii florentissimi nunquam antea habitae*).

Jeżeli więc dopiero w 163 lat od daty przywileju Kazimierzowskiego odbył się pierwszy akt promocyi na doktora medycyny, jeżeli ten wypadek jako nowy ku wiecznej pamięci potomności zostaje przekazany, jeżeli się nim Uniwersytet, jako świeżą i cenną zdobyczą chlubi — czyż nie wynika z tego koniecznie, że przedtem nie miano tu sposobności dostatecznej do zupełnego wykształcenia się w sztuce lekarskiej? czyż inaczej podobna przypuścić, aby w ciągu 163 lat nikt nie miał ukończyć nauk i ubiegać się o stopień?

Ale i później nie ustalił się jeszcze porządny i dokładny bieg nauk lekarskich w Uniwersytecie. W tej samej księdze rękopiśmiennej, w której skreślony jest pierwszy obrząd udzielenia stopnia doktora medycyny w naszej szkole, zapisano pod r. 1573, że gdy Fox Marcin, krakowianin, który w Uniw. Jagiellońskim otrzymał był stopień mistrza nauk wyzwolonych, a później w Bononii Dra medycyny, zgłosił się po powrocie do kraju o wcielenie swoje w dniu 20 maja 1572, nastąpiło ono w lipcu 1573, o czem zapisano te szczegóły. (J. Majer: Wiadomości z życia profesorów Wydziału lek. w Uniw. Jagiell. str. 10). Z uwagi na brak profesorów Wydziału lek., którzyby należeli do dysputy, wyznaczono w tym celu dwunastu doktorów i magistrów filozofii z większego i mniejszego kollegium. W dniu 8 lipca kandydat o godz. 9 do 17 wobec licznego zgromadzenia znakomitych mężów i senatorów królestwa rozwiązał naprzód zadania w przedmiocie filozofii, poczem zajął uwagę słuchaczy uczoną mową na pochwałę medycyny, w końcu uczenie i mądrze odpowiadał zbijającym jego założenia rektorowi Wydz. lek., dwom lekarzom zewnętrznym i dwom profesorom filozofii. Nazajutrz wliczonym został w poczet doktorów i profesorów medycyny.

Widzimy w tym wypadku, że wychowaniec tutejszej szkoły i mistrz nauk wyzwolonych dla wykształcenia się w lekarstwie udaje się do Bononii, a uzyskawszy tam stopień doktorski i pragnąc wcielić się do krakowskiego Uniwersytetu, nie znajduje tu profesorów Wydziału lek., przed którymi mógłby odbyć przepisaną dysputę tak, że dla dopełnienia tej czynności wezwać potrzeba było członków Wydziału filozoficznego i dwóch lekarzy zewnętrznych czyli prywatnych.

W dziełku „Stan wewnętrzny y zewnętrzny Studii generalis Universitatis Cracov. 1774“, zawierającem wiadomości, zaczerpnięte ze źródeł dawniejszych, znajdujemy zupełne potwierdzenie stosunków wyżej wzmiankowanych.

„Iż sześciu powinno bydź Medicinae professores dochodziłem ex libello M. Jacobi Ustiensis S. Theol. et U. J. Dris ad Urbanum VII Papam ab Universitate Oratoris.

Nie tak szczupłość, jako raczej non existentia dochodów przyczyną jest, iż Facultas medica zdrobniała, zaledwo bowiem można uprosić trzech lub dwóch jako dziś profesorów, którzyby propter representandam Facultatem chcieli się mieścić w Akademii.

Rządzi się Facultas prawami innym postronnym Akademiom zwyczajnemi, ma swego Dziekana rocznego, Examina y Promocyi sposobem w obcych krajach używanym odbywa, lecz te nader rzadko się trafiają, gdyż w przeciągu lat 25 zaledwo czterech było ad Laureas Konkurentów. Zazwyczaj za granicą Promotos Facultas ad Gremium suum przybiera. Co się dzieje stąd, iż bez funduszu nie mogą być ciągłe nauki, niemasz sali anatomicznej, niemasz zielniczego ogrodu, niemasz xięgarni, słowem na tem wszystkiem braknie, bez czego ta Facultas obejść się nie może. Co jednak w postronnych Akademiach y widzimy y zachwalamy“.

Jędrzej Badurski, pierwszy założyciel klinik w naszej szkole, musiał dla wykształcenia się w medycynie, gdy jej nie miano w Krakowie, udać się do Bononii w r. 1766. Po powrocie swoim w r. 1770, pisze biograf jego Brodowicz, „zastał on rzeczy lekarskie w tym samym lichym stanie, w jakim je odjechał, a Wydział lekarski już przez dwa lata w jednej tylko osobie czcigodnego Camelina reprezentowany“. A gdy tenże umarł w r. 1774, zapisał Badurski w aktach Uniwersytetu: „*Cum et cursus studii medici mode aliarum Universitatum desideretur ... auditor deficit, census pro lectoribus nullus ... tum ob instantem generalem Regni Scoolae et consequenter Facultatis medicae reformationem*“. (Gdy niema biegu nauk zwyczajem innych Uniwersytetów, gdy niedostaje słuchacza, ani zapłaty żadnej dla uczących, gdy ma nastąpić powszechna reforma szkoły królestwa, a zatem Wydziału lek., kollegia lekarskie w r. 1775 przerwane i przez następne lat pięć całkiem zamknięte zostały). (C. d. n.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił
Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Dokończenie).

Wnioski c. k. Rady zdrowia.

Opierając się na motywach, przytoczonych po części w niniejszem Sprawozdaniu, po części w Sprawozdaniach z lat poprzednich, przedstawia c. k. kraj. Rada zdrowia odpowiednim władzom w celu poprawy stosunków zdrowotnych, jak i po inne lata, szereg wniosków.

Już w referacie zeszłorocznym pisaliśmy, że widocznie wnioski te nie odnoszą skutku, skoro Rada zdrowia prawie tesame żądania ponawia od szeregu lat. Brak im więc należytego i stanowczego poparcia z jednej, a należytego zrozumienia ich potrzeby z drugiej strony. Na dowód słuszności naszego twierdzenia przytaczamy tu wszystkie te wnioski, dodając do nich parę naszych uwag.

1. Osuszanie rozległych bagnisk i moczarów, niemniej regulacya rzek w bardzo wielu powiatach leży nietylko w interesie ekonomicznym, ale i zdrowotnym kraju, dlatego roboty melioracyjne powinny być przyspieszone i podjęte w najszerszej mierze w różnych punktach kraju. Wniosek ten przedkłada Rada zdrowia po raz 6-ty od roku 1894[1]).

Sprawa ustawy melioracyjnej, w szczególności regulacyi rzek naszych tak ogólnie jest znana, że wystarczy tu stwierdzić tylko usilne starania kraju, połączone ze znacznym nakładem pracy i gotowością do ofiar finansowych i przeciwstawić im oporne i przewlekające stanowisko rządu centralnego. Może wraz z kanałami wodnymi sprawa ta wpłynie nareszcie w dziedzinę urzeczywistnienia.

2. Aby ułatwić gminom zaopatrzenie się w dobrą wodę do picia, byłoby pożądanem, by istniejące przy Wydziale krajowym biuro melioracyjne wypracowywało gminom za wynagrodzeniem plany budowy wodociągów i kosztorysy, lub przynajmniej, by już zrobione poddawało rozejrzeniu i ocenie.

Wniosek ten spotykamy od roku 1894 po raz trzeci. Szkoda słów na stwierdzenie jego potrzeby. Ośmielamy się tylko dodać uwagę, że i w Namiestnictwie są siły, które wykazały już w tym kierunku zdobytą doświadczeniem wiedzę; dlaczego więc wszystkiego żądać od władz autonomicznych?

3. Aby skuteczniej wpłynąć na poprawę mieszkań we Lwowie i Krakowie i przez to zapobiegać szerzeniu się gruźlicy (tylko?) należy ściślej, niż dotychczas, przestrzegać przepisów ustawy budowlanej, wydanej dla tych miast, a zarazem dążyć do zmiany tych ustaw stosownie do obecnego postępu higieny.

Wniosek ten spotykamy od roku 1894 po raz szósty. Dziś dodaćby należało i dopisek o przestrzeganiu przepisów ustawy budowlanej dla wsi i miasteczek.

[1]) Mając w ręku tylko Sprawozdania od roku 1894, z innych zaś tylko niektóre z brakami, ograniczamy się do tych, które są nam dostępne.

4. Zachodzi konieczna potrzeba otwarcia drugiego w kraju zakładu państwowego dla badania środków spożywczych.

Wniosek pojawia się po raz trzeci.

5. Ze szczególnym naciskiem podnieść należy potrzebę wybudowania nowych gmachów na pomieszczenie szkół średnich wogóle w całym kraju, a w szczególności w mieście Lwowie.

Wniosek ten znajdujemy w Sprawozdaniu po raz pierwszy.

6. Rzeczą jest niezbędną ustanowienie lekarzy szkolnych.

Wniosek czyniony od roku 1894 po raz szósty, bez skutku.

7. Z powodu bardzo niekorzystnego stanu wielu budynków szkolnych w kraju i niedostatecznego funduszu krajowego na budowę szkół ludowych, zachodzi konieczna potrzeba podwyższenia dotacyi krajowej dla tego funduszu.

Wniosek czyniony po raz trzeci.

8. Przynajmniej w pobliżu każdej szkoły średniej, a o ile możności obok każdej szkoły ludowej, powinno być urządzone boisko dla zabaw szkolnych, któreby można przerobić małym kosztem na ślizgawkę, wyłącznie dla młodzieży.

Wniosek czyniony po raz trzeci; lecz od kilku lat parę nowych gmachów szkół średnich w Krakowie powstało, w żadnem boiska takiego nie urządzono.

Należałoby przed budową każdej nowej szkoły średniej przy omawianiu planów wywrzeć na odpowiednie czynniki cały nacisk, by wtenczas rzecz przeprowadzić.

9. Ponieważ istniejące szpitale nie wystarczają dla pomieszczenia chorych, przeto koniecznem jest zakładanie nowych szpitali tak, aby przynajmniej w każdym powiecie, jeżeli nie w każdym okręgu sanitarnym, znajdował się szpital.

Wniosek czyniony od roku 1894 po raz szósty.

10. Plany budowy każdego nowego i przebudowy lub rozszerzenia istniejącego już szpitala winny być w myśl §. 2 sanitarnej ustawy państwowej przedkładane do zaopiniowania politycznej władzy krajowej, gdyż tylko w ten sposób można będzie uniknąć pewnych zmian, jakich wymagają względy higieniczne, a które po wykończeniu budowy albo wcale nie, albo tylko wielkim kosztem można przeprowadzić.

Wniosek ten czyniony po raz pierwszy.

Trudno tylko zrozumieć, jakim sposobem, kiedy ustawa sanitarna państwowa tego żąda, plany takie nie są władzy przedkładane, a mimoto budowa zostaje do końca doprowadzoną. Toż chyba wszędzie miejscowe władze polityczne wiedzą o przygotowującej się, lub wcale rozpoczynającej się budowie, bo taka rzecz ukryć się nie da. Czemuż więc nie dopilnują wtedy wykonania §. 2 tej ustawy? To też zamiast wniosku w Sprawozdaniu, należałoby raczej wydać odpowiednie pouczenie tym władzom, a gdyby mimoto zaszły przekroczenia tego paragrafu, należałoby poprzeć pouczenie silniejszymi argumentami.

11. Należy się starać o utworzenie liczniejszych przytulisk dla nieuleczalnych i kalek, aby zmniejszyć wydatki szpitalne.

Wniosek czyniony od 1894 roku po raz szósty.

12. W każdym publicznym powszechnym szpitalu powinien być urządzony osobny oddział dla chorych zakaźnych i każdy taki szpital powinien posiadać własny przyrząd do dezynfekcyi.

Wniosek czyniony od roku 1894 po raz szósty.

13. Przynajmniej każdy większy szpital powszechny i publiczny, t. j. mający conajmniej 80 łóżek, powinien być urządzonym do przyjmowania chorych, podejrzanych o chorobę umysłową na obserwacyę lub do chwilowego przytrzymania, zanim chory będzie mógł być przyjęty do krajowego zakładu dla obłąkanych.

Wniosek czyniony po raz trzeci.

14. Budowa drugiego samoistnego zakładu dla obłąkanych w Krakowie jest rzeczą piekącą, a utworzenie przytuliska dla spokojnych, lecz zniedołężniałych obłąkanych (Irrensiechenanstalt) zmniejszy wydatki w zakładach leczniczych dla obłąkanych.

Wniosek czyniony od roku 1894 po raz szósty.

Charakterystycznem jest, że ponieważ Rada zdrowia domaga się budowy nowego zakładu w Krakowie, to rozszerza się tylko zakład kulparkowski!

15. Z dnia na dzień coraz bardziej potrzebną jest budowa samoistnego zakładu dla położnic w Krakowie.

Wniosek czyniony po raz trzeci. Zamilczano tu, czy też pominięto, może jeszcze ważniejszą budowę gmachu na szkołę położnych w Krakowie prawdopodobnie z tego powodu, że sprawy te się łączą. Co więcej, już w zeszłym roku podnosiliśmy potrzebę otwarcia trzeciej takiej szkoły w kraju.

16. Potrzebnem jest urządzenie krajowych zakładów wychowawczych dla głuchoniemych i ciemnych.

Wniosek czyniony od 1894 roku po raz szósty, choć może najmniej naglący.

17. Należy zobowiązać lekarzy urzędowych, aby prowadzili wykaz nieszczęśliwych przypadków, zdarzających się w zakładach przemysłowych i fabrycznych, które leżą w okręgu ich urzędowania, dla każdego przedsiębiorstwa osobno i aby przytem zaznaczali rzeczywisty lub przypuszczalny powód uszkodzenia w każdym poszczególnym przypadku.

Wniosek uczyniony w tym roku po raz pierwszy.

18. Dążyć należy do odpowiedniejszego pomieszczenia c. k. domów karnych dla mężczyzn i kobiet we Lwowie i bardzo wielu aresztów przy c. k. sądach powiatowych, a zarazem do uregulowania opieki lekarskiej w aresztach sądowych.

Wniosek ten spotykamy po raz trzeci.

19. Uregulowanie w drodze ustawy opieki nad ubogimi i ukrócenie włóczęgostwa przyczyni się niewątpliwie w znacznym stopniu do poprawy stosunków zdrowotnych w kraju i do zapewnienia rzeczywiście ubogim i chorym prawdziwie skutecznej opieki.

Wniosek czyniony po raz trzeci. Tu należało naszem zdaniem zaznaczyć potrzebę zakładania domów przymusowej pracy.

20. Koniecznie wskazanem jest stłumienie pijaństwa w celu zmniejszenia śmiertelności i coraz więcej rosnącej liczby obłąkanych, a najlepszym ku temu środkiem jest zakładanie towarzystw wstrzemięźliwości.

Wniosek czyniony po raz piąty. Dobre są zapewne towarzystwa wstrzemięźliwości, ale o wiele bezpośredniej prowadziłoby do celu ograniczenie liczby szynków, których jest stanowczo za wiele, a powtóre ściśle wykonywanie krajowej ustawy przeciw pijaństwu, która z braku egzekutywy i kontroli omal że nie poszła w zapomnienie.

21. Celem skutecznego powstrzymania szerzenia się chorób zakaźnych w kraju potrzebną jest ustawa państwowa o tłumieniu chorób zakaźnych, w której przyjęte byłyby zasady przymusowego odosobnienia i odszkodowania ze skarbu państwa osób za utratę zarobku podczas odosobnienia, jakoteż odszkodowania za zniszczone rzeczy, które były zakażone, a których dezynfekcya była niemożliwą.

Wniosek ten, który uważamy za jeden z najważniejszych, czynionym jest od roku 1894 po raz szósty.

22. Rozporządzenie ministeryalne z 6-go marca 1854 roku powinno być w tym kierunku zmienione, że wszelkie nieuprawnione udzielanie pomocy położniczej w miejscowościach, w których znajduje się egzaminowana położna i mogła być do porodu zawezwaną, ma być karane bez względu na to, czy się to działo w sposób zarobkowy, czy nie zarobkowy.

Wniosek ten czyniony od roku 1894 po raz szósty.

Pominięto zaś w tym roku wniosek z roku 1898, czyniony po raz pierwszy, o potrzebie reformy przepisów, tyczących się zawodu aptekarskiego i inny — z lat dawniejszych — o potrzebie wskrzeszenia zniesionych domów podrzutków.

Sprawozdanie zamyka szereg tablic statystycznych.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28. maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Piotrowski demonstrował olbrzymi kamień, wydobyty z pęcherza; kol. prof. Bujwid dał tymczasowe doniesienie o wyniku swoich doświadczeń nad przenoszeniem się gruźlicy z człowieka na cielęta; wreszcie kol. doc. Łepkowski mówił: „O porcelanie i emalii w dentystyce“.

* Biuro sanitarne m. Krakowa rozesłało miejscowym lekarzom okólnik, zawierający »Główne zasady dla zapobiegania i zwalczania zimnicy, czyli tak zwanej malaryi«.

* Prezydent m. Krakowa zawiadomił okólnikiem lekarzy krakowskich, że ministeryum spraw wewnętrznych zarządziło ustalenie i obniżenie ceny surowicy przeciwbłoniczej, wyrabianej przez państwowy Zakład seroterapeutyczny w Wiedniu. O tem rzekomem obniżeniu pisaliśmy w swoim czasie, że właściwie dla Krakowa i całej Galicyi, jeżeliby ta cena została przez rząd nam narzucona, byłoby to podniesieniem a nie obniżeniem ceny, gdyż surowica, wyrabiana przez Zakład krakowski prof. Bujwida, jest prawie o 50% tańszą od obniżonej ceny wiedeńskiej. Zakład wiedeński powinien zastosować się do nizkich cen krakowskich, a nie odwrotnie; byłoby to połączone z pożytkiem społeczeństwa, do czego właściwie zmierzać powinny zarządzenia p. ministra.

* D. 17. b. m. otwarto uroczyście w Drewnicy pod Warszawą schronisko dla umysłowo chorych i cierpiących na nieuleczalne choroby układu nerwowego. Schronisko jest szlachetnem dziełem Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi.

— Biblioteka Towarz. lekar. krak. otrzymała od W. Pani Ściborowskiej kilkadziesiąt tomów dzieł z księgozbioru ś. p. Dra Wład. Ściborowskiego. Za ten cenny dar składam ofiarodawczyni serdeczne podziękowanie. *Dr. Wrzosek,* bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Laboratoryum lekarsko-chemiczne Doc. Dr. M. Seńkowskiego zostało przeniesione do kamienicy przy ul. Garbarskiej L. 10.

* Dr. Antoni Löw, założyciel wiedeńskiego Stowarzyszenia lekarzy austryackich, mającego za zadanie przychodzić w pomoc potrzebującym wdowom i sierotom po lekarzach, mianowany został prezesem honorowym tego Stowarzyszenia.

* Wydział wiedeńskiego Stowarzyszenia słuchaczów medycyny wszedł w porozumienie z medykami innych uniwersytetów austryackich i utworzył »Ogólnoaustryacki Związek słuchaczów medycyny«. Celem tej organizacyi ma być »zmniejszenie nadmiernego napływu do studyum medycyny«, ażeby na tej drodze zapobiedz upadkowi stanu lekarskiego. Wydział wykonawczy »Związku« postanowił zwołać w połowie miesiąca czerwca 1903 r. »Pierwszy ogólnoaustryacki Kongres medyków« w celu poparcia przez usta delegatów głównych zadań społeczno-lekarskich „Związku". Wydział wzywa lekarzy praktyków do udziału w pracach Kongresu, w szczególności do wygłoszenia odczytów. Program Kongresu obejmie: 1) Omówienie przyczyn i powodów społecznego i materyalnego upadku stanu lekarskiego. 2) Narada nad środkami i sposobami naprawy stosunków istniejących. 3) Ustalenie żądań medyków wszystkich uniwersytetów monarchii austryackiej.

Karta wstępu kosztuje 4 korony. Wyjaśnień udziela przewodniczący „Organizacyjnego Związku medyków na Galicyę zachodnią", p. J. Silbiger (Kraków, ul. Kopernika, 36).

* Między 6 a 12 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w pow. bocheńskim (1 gm.), w pow. dąbrowskim (2 gm.). W tymże czasie doniesiono o nowych przypadkach duru osutkowego w powiatach: brzeskim (1 gm.), brzeżańskim (4 gm.), cieszanowskim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim (2 g.), grodeckim (1 g.), horodeńskim (2 g.), jaworowskim (3 g.), lwowskim (3 g.), mościskim (1 g.), nadworniańskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przewor-skim (6 g.), rudeckim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (2 g.), samborskim (1 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (3 g.), trembowelskim (3 g.), wadowickim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVIII (3—9—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 68, zmarło osób 68, mianowicie: z gruźlicy 11 (3 zam.), z zapalenia płuc 13 (6 zam.), z cholery niemowląt 4 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Cesarz nadał prezydentowi Izby lekarskiej we Lwowie, Dr. Edwar. Festenburgowi order żelaznej korony III klasy, a Dr. Feliksowi Sielskiemu krzyż orderu Franciszka Józefa.

Nekrologia. Dr. Ludwik Okińczyc zmarł w Permi, licząc lat 68. Dr. Karol Kaczkowski zmarł w Krośnie d. 25 b. m. Dr Szczęsny Szypiński zmarł w Kijowie, licząc lat 63. Mag. chirurgii Herman Rotter zmarł w Rzeszowie, w 65 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 20. Hertz: Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych. Heiman: O prawdziwej wartości leczniczej adrenaliny w chorobach uszu i nosa.

— *Medycyna* Nr. 20. Goldberg: Kilka uwag w sprawie balneoterapii chorób kobiecych (dok.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 4. Krakowski: Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 5. Stock: O dymalu. Panýrek: Případ fetišismu praepubertálního u několika sourozenců.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 20. Brabec: O empyemu dutiny čelni (dok.). Matiegka: O významu váhy mozkové u člověka (dok.). Srdinko: O differencování pohlaví a dědičnosti u člověka a zvířat (dokończenie).

Liečnički Viestnik Nr. 5. Beil: Crtice iz života liečnikova. Neobični učinak puščane ozljede glave. Čačković: O hernijama kod abnormalnoga položaja muda (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 39. Roger i Garnier: Gruczoł tarczykowy w przebiegu ospy. Vaillard i Dopter: Etyologia czerwonki nagminnej.

Nr. 40. Fournier: Samobójstwo a kiła. Labbé i Froin: Wstrzykiwania podskórne surowicy żelatynowej w leczeniu krwotoków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20. Leyden: Etyologia wiądu rdzenia. Herz: Stosunki ciepłoty w stawach przewlekle schorzałych, oraz w kończynach zastoinowych. Lenné: Etyologia cukrzycy. Wolff: Przyczynek do nauki o morfologicznych procesach przy zakażeniu i odporności (dok.). Hueppe: Ćwiczenia ciała a alkoholizm. (ciąg dalszy).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 20. Schottmüller: Odróżnianie gatunku paciorkowca chorobotwórczego dla człowieka zapomocą hodowli na agarze z krwią. Berndt: Polecanie eterowego znieczulenia w kroplach sposobem Witzla. Bendix: Przypadek tętniącego zapalenia opłucnej po stronie prawej. Poly: O działaniu terapeutycznem nowego środka nasennego, »weronalu«. Becker: O »subkutynie« nowem połączeniu anastezynu do wstrzykiwań podskórnych. Oppe: Zapalenie wyrostka robaczkowego a wnętrzaki. Köhler: Skuteczność nowoczesnego leczenia chorób płucnych w sanatoryach w świetle statystyki. Praktyka i zadanie tych zakładów (dok.). Fischer: Szmer w jamie ustnej (dok.)

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 21. Schein: O powstawaniu wyłysienia. Oppenheim: Trędowisko Matunga w Bombayu. Ebler: Kamica żółciowa powikłana cukrzycą. Matzenauer: Rozszerzadło stulejki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 21. Leyden: O hemisystolii. Hitschmann i Stross: Przyczynek do nauki o gruźlicy narządu chłonnego. Mitulescu: Korzyści leczenia skombinowanego gruźlicy przewlekłej. Kurpjuweit: Zachowanie się leukocytów olbrzymich jednojądrzastych i tworów przejściowych Ehrlicha w raku żołądka. Wieting: Przyczynek do sprawy ogólnego wzrostu olbrzymiego. Rehfisch: Rokowanie przy tętnie przepuszczającem (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.